Rok L. Kraków, dnia 23 grudnia 1911 Nr 51.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki dermatologicznej Uniw. Jagiell.

Badania nad występowaniem cylindruryi wśród leczenia rtęcią.

Podał

Prof. Dr Władysław Reiss.

(Dokończenie).

Materyał nasz dotyczy w tym kierunku przedewszystkiem chorych, leczonych wstrzykiwaniami soli nierozpuszczalnych, których cały szereg leczono klinicznie kilkakrotnie z powodu nawrotów choroby w różnych odstępach czasu. Z całego szeregu tych spostrzeżeń wyłączyłem naturalnie wszystkie te przypadki, w których wywiady wykazywały poprzednie leczenie rtęcią, jeżeli leczenie to nie było przeprowadzone w naszej klinice. Doświadczenia nasze w tym kierunku oparto tylko na tych chorych, u których badanie osadu co do wałeczków, a moczu co do białka w czasie pierwszego leczenia zostało protokolarnie stwierdzone.

Z dwudziestu chorych, leczonych salicylanem rtęciowym drogą wstrzykiwań miąższowych po raz wtóry, dwunastu przebywało pierwsze leczenie tą samą metodą przed 5—6 miesiącami, pięciu przed rokiem, jeden przed dwoma laty, 2 zaś chorych przebywało pierwsze leczenie drogą wcierań przed szeregiem lat (3—4).

Zapiski nasze w pierwszych sześciu przypadkach dają następujące liczby.

Leczenie pierwsze.	Leczenie drugie.
1. R. S., lat 25. Syphilis mac. rec. Po 5 wstrzykiwaniach skąpe wałeczki, po 7 dniach nieco obfitsze, bez śladu białka. Leczenie zakończono 17/3 1908.	R. S. Syph. maculo-papul. recidiva, condylom. ad anum. Po 2. wstrzyknięciu skąpe wałeczki, po 3. obfite. Białka niema. Leczenie zakończono 1/3 1909.
2. M. C., lat 27. Syph. papul. recens. Sclerosis phaged. gland. penis. Po 3 wstrzykiwaniach wałeczki skąpe, po 5 obfitsze. Białka brak. Leczenie zakończono 5/1 1907. (Razem 7 wstrzyknięć + KJ).	M. C. Syph. papulosa tuberculosa brachii et frontis regionalis. Po 1 wstrzyknięciu liczne wałeczki, po 3. bardzo obfite. Śladzik białka. Leczenie zakończono 2/7 1907.
3. R. R., l. 30. Syph. macul. recens. Residua post. scleros. pen. Po 5. wstrzyknięciu ślad wałeczków, po 6. obfite. Białka brak. Leczenie zakończono 15. 12. 1907.	R. R. Syph. mac. orbicul. recid. Po 2. wstrzyknięciu skąpe wałeczki, po 4. wstrzyknięciu liczne, z tych wiele nabłonkowych i ziarnistych. Leczenie zakończono 28/6 1907.
4. S. T., l. 22. Syph. mac. papulosa, condyl. genitalium. Sclerosis cicatrisata. Po 4. wstrzyknięciu wałeczki skąpe, przeważnie szkliste, gdzieniegdzie ziarniste, po 6. wstrzyknięciu obfite, ale brak zupełny nabłonkowych. Białka nie ma, po 7. wstrzyknięciu stan tensam, ślad białka (próba kw. octowym i żelazosinkiem). Leczenie zakończono 12/6 1906.	S. T. Syph. papulosa recidiva. Po 2. wstrzyknięciu liczne wałeczki szkliste i nabłonkowe, równocześnie ślad wyraźny białka. Leczenie zakończono po 5 wstrzyknięciach 12/11 1907.
5. C. Ł. Syph. macul. rec. Po 6 wstrzykiwaniach bardzo skąpe wałeczki szkliste, nieliczne leukocyty. Białka brak. Leczenie zakończono 13/11 1906.	C. Ł. Syph. maculo-papul. recid. Psoriasis palmaris. Iritis oculi dextri. Po 3 wstrzykiwaniach obfite wałeczki szkliste i ziarniste. Po 5 wstrzykiwaniach bardzo obfite przeważnie nabłonkowe. Leczenie zakończono 2/5 1907.
6. F. S. Sclerosis ambustiformis gland. penis. Syph. macul. incip. Po 5 wstrzykiwaniach wałeczki skąpe wyłącznie szkliste. Po 6 stan tensam. Białka brak. Leczenie zakończono po 6 wstrzykiwaniach 2/2 1907.	F. S. Syph. papulosa recidiva. Po 3 wstrzykiwaniach skąpe wałeczki, po 4 obfite z przewagą ziarnistych. Białka brak. Leczenie zakończono po 5 wstrzykiwaniach 6/7 1908.

W reszcie przypadków, a mianowicie tam, gdzie pomiędzy leczeniem jednem a drugiem przypadał dłuższy okres czasu (powyżej jednego roku) nie zauważono żadnej wybitniejszej różnicy w wydzielaniu się wałeczków w czasie następnego leczenia, w kilku zaś przypadkach, w których po poprzedniem leczeniu upłynął szereg lat, wydzielanie się wałeczków odbywało się zupełnie w tej mierze, jak to się zwykle dzieje w czasie pierwszego leczenia. I tak u chorego, le-

czonego przed 4 laty wcieraniami w liczbie około 40 (Nr protok. 83) spostrzegano dopiero po 5 wstrzykiwaniach kilka wałeczków szklistych bez śladu białka, u chorego zaś, leczonego przed 2 laty 7 wstrzykiwaniami miąższowymi, zauważono po 15 wcieraniach nieliczne wałeczki przeważnie szkliste, z małą tylko domieszką ziarnistych i bez śladu białka; dalszy przebieg leczenia, dosyć zresztą długo trwającego, wykazywał zupełnie prawidłowe wyniki (Nr protok. 102). Na podstawie naszych zapisków odnosi się zatem wrażenie, że działanie poprzedzającego leczenia w kierunku wzmagania się produkcyi wałeczków przy leczeniu następnem jest tylko ograniczone i odnosi się tylko do dosyć krótkiego terminu.

Na szczególniejszą uwagę zasługiwało staranne badanie osadów u kobiet ciężarnych, leczonych rtęcią, a to ze względu na to, że Fischer wykazywał u kobiet ciężarnych cylindruryę w ogóle, i to bez równoczesnego białkomoczu, szczególniej w ostatnich miesiącach ciąży. Badania nasze nie zdołały wykazać, mimo badań na dosyć licznym materyale, wybitniejszych różnic w porównaniu do moczu kobiet, leczonych rtęcią poza okresem ciąży. Jedynie w 2 przypadkach (ciąża między 7—9. miesiącem księżycowym) dostrzeżono cylindruryę prawie natychmiast po rozpoczęciu leczenia wcieraniami, bo u jednej chorej po 5 wcieraniach obfite wałeczki szkliste, u drugiej po 10 wcieraniach bardzo liczne wałeczki z dużą przewagą nabłonkowych i z równoczesnym śladem białka. Poza tymi dwoma przypadkami nie dostrzeżono w tym kierunku u kobiet ciężarnych żadnej wybitniejszej różnicy. Sprawa ta budzi jednak żywe zainteresowanie i wymagałaby systematycznego badania na licznym materyale, i to w najrozmaitszych okresach ciąży. Dotychczasowe nieliczne badania Fischla, a następnie i nasze nie pozwalają na wyrażenie jakiegoś zdania w tej sprawie.

Jednym z czynników usposabiających do cylindrury[1] jest zdaniem niektórych autorów nadmierne wydzielanie kwasu szczawiowego, który drażniąc nerki, przygotowywać może niejako teren zmniejszonej odporności dla następowego działania rtęci. Tak przypuszcza Fischel i zwrócenie uwagi na tę działalność jest zasługą tego autora. Fischel znajdował rzeczywiście w przypadkach oksaluryi przy równoczesnem leczeniu rtęcią z reguły bardzo wiele wałeczków w osadzie, nie umie jednak rozstrzygnąć, czy chodzi tutaj o rzeczywiste drażnienie nerek kryształami kwasu szczawiowego, czy też może tylko o zwykłą koincydencyę. Odpowiedź w tym kierunku mogłyby dać tylko liczne i systematyczne badania osadów u ludzi cierpiących na oksaluryę; badania analogiczne co do kwasu moczowego przeprowadzał Török, który znajdował tak zwane cylindroidy w osadzie równolegle ze znacznem wydzielaniem się kwasu moczowego.

Moje zapiski w tym kierunku zdają się przemawiać za domniemaniem, że wydzielanie się kwasu szczawiowego jest bądź co bądź czynnikiem usposabiającym do cylindruryi w okresie leczenia rtęcią. Nie zapisywałem niestety obecności kryształów kwasu szczawiowego w wielu przypadkach, — niejednokrotnie jednak zauważyłem rzeczywiście obok bardzo obfitych wałeczków równocześnie i bardzo liczne kryształy tego kwasu w osadzie, a w 2 przypadkach, w którym cylindrurya wystąpiła bardzo wcześnie, t. j. zaraz z początkiem leczenia, zapisano w protokole bardzo znaczną ilość kryształów kwasu szczawiowego. W obu tych przypadkach (Nr protok. 92 i 135) chodziło o wałeczki ziarniste i nabłonkowe już po trzeciem wstrzyknięciu, t. j. po 0·3 salicylanu rtęciowego u chorych, u których ani postać kiły, ani żadne powikłania tak obfitego wydzielania się wałeczków zresztą nie usprawiedliwiały.

Na sprawę występowania cylindruryi w większym lub mniejszym stopniu w czasie leczenia rtęcią wpływają niewątpliwie mniej lub więcej ciężkie objawy zakażenia danego ustroju. Nie może tu bezwarunkowo odgrywać roli podnoszony przez autorów zarzut, że należy ten objaw przypisywać nie cięższej postaci kiły jako takiej, lecz raczej znaczniejszym ilościom zużytej podówczas rtęci, ponieważ wielokrotnie miałem sposobność się przekonać, że także w bardzo przezornie i małemi dawkami leczonych przypadkach ciężkiego zakażenia, wałeczkomocz był o wiele znaczniejszy, aniżeliby to odpowiadało stosunkom prawidłowym. Następujące zestawienie unaoczni do pewnego stopnia moje spostrzeżenia w tym kierunku:

Okres kiły	Wałeczkomocz po ukończeniu leczenia					
		Wałeczki				
	Brak wałeczków	skąpe	wyraźnie wzmożone	obfite	bardzo obfite	Razem
Okres wczesny . . .	4	24	28	10	4	70
Nawroty łagodne . . .	7	30	22	14	6	79
Nawroty ciężkie (okresu późnego)	2	5	16	6	18	47
Razem . . .	13	59	66	30	28	196

Z zestawienia tego zdaje się wynikać, że rtęć, wydzielając się drogą nerek, jednak o wiele łatwiej wywoływać może stany podrażnienia u dotkniętych cięższemi postaciami kiły, aniżeli w przypadkach schorzeń łagodnych świeżego okresu lub lekkich nawrotów. Trudnoby było tu zgodzić się ze zdaniem Welandera, który w tych razach skłania się do przypuszczenia, że ponieważ nawroty cięższe odpowiadają zazwyczaj i późniejszemu już okresowi życia, sam wiek już tłómaczyłby tu do pewnego stopnia wzmożoną cylindruryę w danych przypadkach. Nie przecząc bynajmniej temu, że rtęć, stosowana w wieku podeszłym, łatwiej wiedzie do wałeczkomoczu, aniżeli w wieku młodym, musimy jednak stanowczo podtrzymywać niezależność jednego czynnika od drugiego, skoro w całej seryi przypadków stwierdzano w naszych zestawieniach obfity wałeczkomocz u ludzi jeszcze młodych, lecz dotkniętych ciężkimi objawami kiły rozmaitych okresów. Co do wpływu wieku samego na produkcyę wałeczków w czasie leczenia rtęcią, to już poprzednio wyraziliśmy nasze zdanie.

Dotychczasowe zestawienia, na których opieraliśmy nasze wnioski, dotyczyły przeważnie leczenia wcieraniami. Nie ulega natomiast najmniejszej wątpliwości, że na produkcyę wałeczków wpływa pośrednio sposób zastosowania

rtęci bez względu na same dawki tego leku. Wpływ ten tłómaczy się bardzo łatwo tem, że sprawa wchłaniania się i wydzielania się rtęci jest, jak wiadomo, »caeteris paribus« przy rozmaitych metodach jej stosowania różna i dlatego szybsza lub powolniejsza, mniej lub więcej nagła, względnie, co bardzo ważne, mniej lub więcej jednostajna eliminacya metalu drogą nerek musi odgrywać bardzo ważną rolę w kierunku produkcyi wałeczków w czasie samego leczenia, względnie w dłuższy lub krótszy czas po zastosowaniu ostatniej dawki rtęci. Obserwacye w powyższym kierunku były zatem już z góry wskazane.

Po leczeniu wewnętrznem rtęcią, a szczególniej w postaci pigułek lub tak zwanych kołaczyków prasowanych (tablettae compressae) nie dostrzegano prawie nigdy cylindruryi, a jedynie po zastosowaniu rtęci w postaci proszków (hydrargyr. tannic. oxydulat. z kwasem garbnikowym i cukrem, jako tak zwane proszki Lustgartena) lub w płynie (najczęściej hydrarg. bijodatum rubr. w rozczynie jodku potasu) pojawiały się tu i ówdzie po dłuższem używaniu przetworu bardzo nieliczne wałeczki i to w nieznacznym tylko odsetku przypadków (2—3%). Jakkolwiek obserwacye nasze w tej kategoryi leczonych chorych są bardzo nieliczne (w klinice stałej przeważnie tej metody leczenia nie używamy), to jednak wynika z nich niewątpliwie, że szybkość wchłaniania bywa w metodzie wewnętrznej bardzo nieregularna i niejednostajna, a eliminacya rtęci bardzo nieznaczna, szczególnie przy leczeniu pigułkami lub kołaczykami, przechowanymi w słojach lub pudełkach (szczególnie to ostatnie) przez długi okres czasu. Dlatego też twierdzę wbrew zdaniu autorów francuskich, że jestto metoda leczenia bardzo niepraktyczna, a używać jej należy chyba tam, gdzie żadna z innych metod z rozmaitych powodów przeprowadzona być nie może.

Znacznej bardzo, jakkolwiek dosyć niejednostajnej, bo dosyć okresowo występującej eliminacyi rtęci po wstrzykiwaniach przetworów nierozpuszczalnych, odpowiada też zazwyczaj dosyć obfita cylindrurya, szczególnie w późniejszych okresach leczenia, t. j. po 5—7 wstrzykiwaniach. W klinice używano prawie wyłącznie salicylanu rtęciowego po 0·1 na dawkę. W następującem zestawieniu staram się unaocznić w sposób porównawczy wyniki w kierunku wydzielania się wałeczków przy poszczególnych metodach leczniczych, spostrzegane u naszych chorych: (ob. obok).

Metoda leczenia	Ilość wałeczków					
	Brak wałeczków	Skąpe	Wyraźnie wzmożone	Obfite	Bardzo obfite	Odsetka najobfitszej ilości wałeczków
Leczenie wewnętrzne proszkiem	3	—	3	1	—	—
Leczenie wewnętrzne płynem	1	1	2	—	2	—
Wcierania	2	9	8	7	22	32·4
Wstrzykiwania soli rozpuszczalnej	1	2	—	3	2	18·6
Wstrzykiwania soli nierozpuszczalnej	1	12	10	5	11	28·8
Wcierania Thalmanowskie	2	1	2	—	4	—
Razem	10	25	25	16	41	—

Z zestawienia tego wynika, że po leczeniu wewnętrznem zauważyć się daje najmniejsza odsetka wałeczkomoczu wogóle, najobficiej zaś występują wałeczki po leczeniu wcieraniami i po wstrzykiwaniach soli nierozpuszczalnych. Co do wałeczkomoczu, jaki występuje podczas a względnie po ukończeniu głębokich wstrzykiwań, zauważyć musimy jeden szczegół, bardzo ważny i charakterystyczny zdaniem naszem, a przez nikogo z autorów dotychczas nie uwzględniony. *Szczegół ten, stwierdzony u naszych chorych na bardzo licznym materyale, polega na okresowem wydzielaniu się wałeczków w pewnych odstępach czasu, których z góry oznaczyć nigdy nie podobna.* Zachodzi tu niewątpliwie analogia z bardzo nierównomiernem i okresowem wydzielaniem się rtęci w przebiegu leczenia trudno rozpuszczalnemi solami tego metalu w przeciwieństwie do względnie dosyć jednostajnego wydzielania się rtęci drogą nerek w czasie stosowania soli rozpuszczalnych drogą wstrzykiwań podskórnych lub głębokich. Okresowość ta w wydzielaniu się wałeczków cechuje poniekąd tę metodę leczenia w porównaniu z innemi, a zauważyć się daje już odrazu po rozpoczęciu leczenia. Wałeczkomocz dosyć znacznego stopnia, spostrzegany po trzeciem lub czwartem wstrzyknięciu salicylanu rtęciowego, ustaje w czas jakiś zupełnie, mimo, że w dalszem leczeniu żadnej nie czynimy przerwy. Mocz tych chorych, badany następnie przez dwa do trzech tygodni, nie zawiera wcale wałeczków albo też bardzo tylko nieznaczną ich ilość, poczem pojawia się nagle, i to często bynajmniej nie bezpośrednio po nowej dawce, wałeczkomocz znacznego stopnia, trwający z nieznacznemi wahaniami przez tydzień lub dwa. Dopiero po ukończeniu leczenia ulega dalsze wydzielanie się wałeczków pewnemu ujednostajnieniu, ale dopiero w kilka tygodni po ostatniej dawce wstrzykniętego przetworu. Stwierdzono to u chorych, przyjętych ponownie do kliniki po upływie pewnego czasu z powodu miejscowych nawrotów i nieleczonych wówczas ogólnie rtęcią. Obok tej okresowości w pojawianiu się wałeczków, spostrzegano również pewną okresową kolejność w kierunku samejże morfologii badanego osadu. I tak, kiedy w pewnych okresach wydzielały się wyłącznie prawie same wałeczki szkliste z małą tylko domieszką ziarnistych, to w drugim okresie znajdowano same już tylko twory ziarniste lub nabłonkowe, przyczem w międzyczasie stosowane wstrzykiwania nie wpływają zupełnie, a przynajmniej nie tak szybko na zmianę osadu w odpowiednim okresie. Zauważono również, że nie zawsze okresy wałeczków ziarnistych lub nabłonkowych następują, jakby się spodziewać należało, po okresach lżejszego podrażnienia, znamiennych pojawieniem się wałeczków wyłącznie szklistych, lecz często kolejność obrazów bywa wprost odwrotna. I tak stwierdzono u chorego, cierpiącego na kiłę guzkową (syphilis papulosa universalis), trwającą od 2 miesięcy, bardzo liczne wałeczki ziarniste z domieszką nabłonkowych bez śladu białka po czterech dawkach salicylanu rtęciowego po 0·12, powtarzanych co szósty dzień (Nr prot. 91). Mimo dalszego stosowania przetworu w tychże samych dawkach bez przerwy (zmiany ustępowały w tym

przypadku dosyć szybko) wystąpił okres łagodniejszego drażnienia nerek, a w osadzie pojawiały się przez dwa tygodnie następne tylko twory szkliste, aby z kolei ustąpić miejsca ponownie okresowi wałeczków nabłonkowych wraz z pojawieniem się śladów białka.

Nie stwierdziliśmy niestety, czy okresowość ta dotyczy także i całego szeregu innych nierozpuszczalnych przetworów rtęci, ponieważ w klinice naszej używamy od długiego czasu przeważnie tylko salicylanu, jako środka najlepiej znoszonego; należałoby jednak drogą analogii przypuszczać, że i inne sole nierozpuszczalne wiodą do tych samych wyników.

Czy objaw ten należy wprowadzić w bezpośrednią zależność od nierównomiernej wessalności soli rtęciowych, względnie, co za tem idzie, od nierównomiernego wydzielania się ich drogą nerek, czy też wchodzą tu w grę inne jeszcze, a bliżej nam nieznane czynniki, trudno na pewne orzec, należy bowiem uwzględnić także i te przypadki, w których stwierdzano znaczną ilość rtęci w moczu a równolegle z tem szybkie ustępowanie objawów klinicznych, gdy natomiast w osadach z tychże samych porcyi moczu stwierdzić można było objawy bardzo nieznacznego zaledwie podrażnienia nerek.

Omawiając sprawę drażnienia nerek wydzielającą się przez czas dłuższy rtęcią, należałoby odpowiedzieć na stawiane tak często przez klinicystów pytanie, czy też ten stan długotrwałego drażnienia, szczególniej w postaciach cięższych (wałeczki nabłonkowe i ślady białka) nie usposabia w mniejszym lub większym stopniu do schorzenia tych gruczołów i do trwałych w nich zmian anatomicznych.

Polegając na wielkiem w tym kierunku doświadczeniu Welandera, należałoby twierdzić, że nie. Wszak mamy codziennie tyle sposobności badania moczu ludzi, którzy przeprowadzali wielokrotne i długotrwałe leczenie rtęcią i to najrozmaitszemi metodami, a u których żadnych zgoła zmian w nerkach ani we wczesnych ani w późniejszych okresach wykazać nie możemy. Najlepsze bezwątpienia rokowanie odnieść należy do tych przypadków, w których drażnienie ogranicza się tylko do wałeczków szklistych, lub też ziarnistych w skąpej zwłaszcza ilości. Stan taki znika, jak poucza doświadczenie, po pewnym czasie bez śladu, nawet jeżeli stwierdzano go wielokrotnie z okazyi powtarzanego leczenia. Ostrożność należy niewątpliwie zachować tam, gdzie w początkowych już okresach leczenia występują na pole widzenia luźne wałeczki ziarniste z domieszką nabłonkowych, zwłaszcza, jeżeli towarzyszy im, jak zwykle, większy lub mniejszy ślad białka. Wówczas należy leczenie przeprowadzać przy ustawicznej kontroli moczu, zwłaszcza w czasie leczenia powtarzającego się, ale i wtedy ustępują z reguły objawy podrażnienia prędzej lub później bez śladu, nie pozostawiając, jak się zdaje, usposobienia do następowych schorzeń nerek w okresie późniejszym. Naturalnie, że mowa tu tylko o takich przypadkach, w których nie stwierdzono białka przed rozpoczęciem leczenia, ale gdzie białko było jednym z objawów rtęcicy. Niema tu również mowy o białkomoczu na tle zakażenia kiłowego, a który zazwyczaj zaraz w początkach leczenia rtęcią zmniejsza się lub znika bez śladu.

Tam natomiast, gdzie przed rozpoczęciem leczenia rtęciowego stwierdzić się daje choćby nieznaczna ilość białka, gdzie zatem istnieje już schorzenie nerek nawet małego stopnia, a nie pozostaje ono w żadnym związku przyczynowym z zakażeniem kiłowem, należy stosować rtęć nadzwyczaj ostrożnie. Nie ulega wprawdzie najmniejszej wątpliwości, i takie przypadki są nam dobrze znane, że w wielu razach sprawa chorobowa tocząca się w nerkach nie doznaje pod wpływem nawet forsowniejszego leczenia rtęciowego bynajmniej pogorszenia, jednakże wielokrotnie prowadzi wydzielanie się rtęci drogą nerek poprzednio schorzałych do wybuchu ostrego zapalenia ze wszystkiemi następstwami. Czy w pierwszej kategoryi przypadków brak pogorszenia sprawy zapalnej w nerkach tłómaczyć można tem, że rtęć, nie znajdując prawidłowych warunków wydzielania się drogą chorych gruczołów, szuka sobie innych dróg wydzielniczych i niemi przeważnie ustrój opuszcza (jak twierdzą niektórzy autorowie), trudno orzec stanowczo, częste jednak stwierdzanie sporych ilości rtęci w moczu w podobnych przypadkach i to w ilości, odpowiadającej mniej więcej równomiernie zużytym dawkom przetworu, nie zdaje się przemawiać za tem przypuszczeniem. Trudności, jakie się nasuwają przy ocenianiu tej sprawy, są tem znaczniejsze, o ile w odpowiedzi musimy uwzględnić znaczną eliminacyę rtęci drogą kału, jak również w pewnym stopniu drogą ślinianek, tak, że tylko systematycznie przeprowadzane badanie ilościowe w kierunku powyższych wydzielin mogłoby w danym razie odpowiedzieć zadaniu.

W całym szeregu zagadnień, które rozpatrywano w niniejszej pracy, wyłoniło się jeszcze jedno, które zasługiwało na pewne wyjaśnienie. Jest niem pytanie, czy brak zupełny cylindruryi przy długotrwałem i forsownem leczeniu przetworami rtęci przemawia za utrudnieniem wessalności, względnie za upośledzeniem w wydzielaniu się rtęci z ustroju. Na to pytanie możemy odpowiedzieć stanowczo przecząco. Cały szereg dotyczących tej sprawy przypadków dowodzi zupełnie bez zarzutu, że cylindrurya nie jest bynajmniej »conditio sine qua non« bardzo nawet wydatnej eliminacyi rtęci drogą nerek i to bez względu na to, czy wydzielanie to odbywa się równomiernie, czy też okresowo. W kilkunastu przypadkach, znajdujących się w naszych protokołach, a dotyczących chorych w rozmaitym okresie życia i w przeróżnych okresach zakażenia, stwierdzano zupełny brak wałeczkomoczu w czasie długotrwałego leczenia, natomiast szybkie ustępowanie zmian chorobowych przemawiało już samo przez się za szybką i wydatną wessalnością stosowanego przetworu, a obecność wydatnej ilości rtęci w moczu stwierdzała prawidłowe wydzielanie tego metalu. U niektórych chorych z tej kategoryi znajdowano jednak przy powtórnem leczeniu rtęcią wałeczki, jako dowód, że powtórne już przejście pewnej ilości rtęci po upływie kilku miesięcy przez nerki nie mogło się obyć bez pewnych śladów podrażnienia. U trzech jednak chorych, których leczono w klinice po upływie roku (jednego z nich po 2 latach) znaleziono po raz wtóry zupełny brak wałeczków, mimo, że leczenie przeciągało się w tym okresie przez czas dłuższy i polegało na wstrzykiwaniach miąższowych. Jako szczegół bardzo znamienny należy wymienić okoliczność, że z trzech chorych, nieokazujących przy powtórnem leczeniu rtęcią śladu wałeczkomoczu, 2 nie używało zupełnie napojów wyskokowych.

Szereg powyższych spostrzeżeń stwierdza tylko fakt,

że zupełny brak cylindruryi, podobnie zresztą jak zupełny brak rtęciczego zapalenia jamy ustnej u leczonych rtęcią chorych nie przemawia wcale za jakiemkolwiek upośledzeniem czynności wydzielniczych danego ustroju.

Literatura. 1. Bürgi. Grösse und Verlauf der Quecksilberausscheidung durch die Nieren bei den verschiedenen üblichen Kuren. (Arch. f. Dermatol. u. Syph. LXXIX). — 2. Fürbringer. Über Albuminurie durch Quecksilber und Syphilis. (Verh. d. Congresses f. innere Medizin 4 Congr. Wiesbaden 1885). — 3. Gentzen. Über Cylindrurie und Nephritis. (Deutsche med. Wochenschrift, 1905, Nr 33). — 4. Glaser. Über den Einfluss alkoholischer Getränke auf das Harnsediment des normalen Menschen. (Deutsche med. Wochenschrift, 1891, XVII). — 5) Heller. Über mercurielle Albuminurie. (Berliner klin. Wochenschrift XXXII 1895. Berl. med. Gesellsch. Sitzung vom 23. Oktober 1895). — 6. Karvonen. Über den Einfluss des Quecksilbers auf die Nieren. (Dermatol. Zeitschrift V. 1898). — 7. Klienberger und Oxenius. Über Urine und Urin-Sedimente bei normalen Personen bei rheum. Erkrankungen und nach der Einwirkung von Salicylpräpar. (Deutsch. Arch. f. Klin. Medizin. LXXX. 1904). — 8. Kobler. Beiträge zur Kenntniss der Nierenerscheinungen bei acuten Darmaffectionen nebst Bemerk. über die Bildung der hyalinen Cylinder. (Wien. klin. Wochenschrift 1870, p. 531). — 9. Lewin. Discussion über den Heker'schen Vortrag. (Berl. klin. Wochenschrift. XXXII. 1895, p. 971). — 10. Lüthje. Über die Wirkung von Salicylpräparaten auf die Harnwege nebst einigen Bemerkungen über die Genese der Cylinder und Cylindroide. (Deutsch. Arch. f. Klin. Medizin LXXIV, p. 163). — 11. Rosenheim. Zur Kenntniss der diuretischen Wirkung der Hg. Präparate. (Deutsche med. Wochenschrift. 1887, p. 325). — 12. Schwimmer. Über das Vorkommen der Albuminurie bei luetischen Affectionen. (Wiener med. Wochenschrift. 1892, p. 1913). — 13. Török und Pollak. Über die Entstehung der homogenen Harncylinder und Cylindroide. (Arch. f. experim. Pathologie u. Pharmakologie XXV. p. 87). — 14. Welander. Kann die Behandlung mit Quecksilber Cylindrurie und Albuminurie hervorrufen. (Arch. f. Dermatologie u. Syph. XXVI, p. 331). — 15. Welander. Klinische Studien über Nierenaffectionen bei Syphilis. (Arch. für Dermatolog. u. Syphilis. XXXVII, p. 91 und 323). — 16. Welander. Einige Worte über die Form der Anwendung des Quecksilbers. (Arch. f. Dermat. u. Syphilis. XLVI, p. 39). — 17. Winternitz. Quantitative Versuche zur Lehre über die Aufnahme und Ausscheidung des Hg. (Arch. f. experim. Pathologie u. Pharm. XXV. p. 225). — 18. Winternitz. Über die Ausscheidungsgrösse des Hg. (Arch. f. Dermatol. u. Syphilis. XXI, 1889, p. 783). — 19. Autor niewiadomy. Albuminurie und Cylindrurie infolge von Syphilis u. Hg Behandlung. (Journal de pract. 1900. Nr 52. Referat wedł. Unny). — 20. Fischel. Über Sedimentuntersuchungen eiweisslöser Harne bei therapeutischer Quecksilberapplikation. (Inunctionskuren). Arch. für Dermatol. u. Syphilis LXXXIII, p. 373). — 21. Doc. Dr Magnus Möller und Apotheker Arvid Blomquist. Über die Quecksilberausscheidung durch die Nieren bei intramusculären Injektionen von Mercurolöl in Vergleich mit einigen anderen Mitteln und Metoden.

O miażdżycy naczyń macicznych jako przyczynie ciągłych krwawień z macicy.

podał

Dr Falgowski,

ginekolog w Poznaniu.

(Podług wykładu na Zjeździe przyrodników i lekarzy w Krakowie).

O miażdżycy naczyń macicznych mało dotychczas pisano, nawet w znaczniejszych książkach naukowych. A jednak trzeba, jak to wynika z kilku publikacyi, przy obfitych krwotokach u starszych kobiet myśleć i o tej chorobie.

Kliniczne rozpoznanie jest trudne, dochodzi się do niego zwykle dopiero »per exclusionem«. Przy badaniu przez pochwę wyczuwa się, tak jak przy przewlekłem zapaleniu macicy (metritis chronica) powiększoną macicę. I kliniczne objawy są podobne: uczucie ciężkości w brzuchu, lekkie bole i nieregularne krwotoki. Różniczkowo-rozpoznawczo wyłączyć trzeba raka. Krwotoki są często tak poważne, że jedynym ratunkiem jest wyjęcie macicy.

Z historyi tej choroby nadmieniam tylko krótko, że Cruveilhier, a po nim Rokitansky opisywali pierwsi nadzwyczajną kruchość naczyń macicznych, jako zmianę, zachodzącą często u starszych kobiet. Autorzy ci nazywają tę sprawę »apopleksyą« macicy, Klob zanikiem wiądowym naczyń. Scanzoni nadmienia, że zdarza się, iż kruche ściany tętnic macicznych nie stawiają oporu ciśnieniu krwi i że z tego wynikają większe krwawienia. Dokładniejsze opisy patologiczne znajdujemy po raz pierwszy u Cornila i Pozziego: »Składniki elastyczne pomnażają się, a w ścianach naczyń widać wielokrotnie tłuszczowe wyrodnienie. Stwardniała tkanka łączna przybiera coraz więcej na ilości«. Brionde nazywa tę sprawę sklerozą i przytacza jako momenty etyologiczne kiłę, gruźlicę, ogólne stwardnienie tętnic i zastoje krwi. Prócz tego opisali sklerozę macicy Pichevin, Petit, Quenier i Marchesi.

Pierwotną miażdżycę tętnic macicznych stwierdził pierwszy Reinicke i opisał ją jako znaczne zgrubienie warstwy środkowej i wtórorzędne bujanie międzymięśniowej i okołonaczyniowej tkanki łącznej. Uważa on za przyczynę zaburzenia wazomotoryczne. Z powodu nieruchomości ścian tracą naczynia możność regulowania.

Richelot rozróżnia pierwszy sklerozę od zapalenia macicy. Jego zdaniem jest skleroza następstwem ciągłego napływu krwi. Etyologicznie bierze w rachubę dnę i nerwowość, a Delbet także zmiany położenia macicy. Wollschläger rozróżnia dwa okresy stwardnienia tętnic: 1) bujanie włókien sprężystych, 2) równoczesne szkliste zwyrodnienie i wyparcie tkanki mięsnej przez tkankę łączną. W przeciwieństwie do tego przypuszcza Teilhaber, że krwawienie wywoływane bywa w tych przypadkach niezdolnością macicy do kurczenia się. Najważniejszą rzeczą jest podług niego niedomoga mięśniowa, która wypływa z pierwotnego rozrostu tkanki łącznej. Z powodu łącznotkankowego zwyrodnienia mięśni przychodzi w czasie przekwitania do przekrwienia i do miesiączki krwotocznej.

Aby przyczynić się do wyjaśnienia tego nierozwiązanego jeszcze pytania, podjąłem szereg badań mikroskopowych na macicach, wyjętych z powodu nadmiernych krwotoków i znalazłem dotychczas w dwóch przypadkach obraz stwardnienia tętnic. Historya choroby tych przypadków jest w krótkości następująca:

I. 47-letnia kobieta. Pierwsza miesiączka w wieku $15^1/_2$ lat. Miesiączka co 4 tygodnie, trwa 9 dni i jest bardzo obfita. 11 porodów prawidłowych, połogi bez gorączki. 3 poronienia. Od trzech kwartałów miesiączka jeszcze obfitsza. Dwurazowe wyskrobanie macicy nie przyniosło żadnej ulgi. Rak wykluczony. Krwotoki wzmogły się do tego stopnia, że trzeba było ostatecznie wyjąć macicę.

II. 41-letnia kobieta, 8 połogów. Miesiączka od 4 lat bardzo silna. Powstało przypuszczenie raka macicy. Próbne wyskrobanie nie wykazało raka. Pomimo leków ściągają-

cych krwotoki coraz silniejsze. Bole i uczucie ciężkości w brzuchu. Niezdolność do pracy. Wyjęcie zwiększonej macicy u niedokrwistej i wycieńczonej kobiety.

Mikroskopowo stwierdziłem, co następuje. Błona śluzowa zwężona, nabłonek nieuszkodzony, jednowarstwowy. Gruczoły w części zwyrodniałe torbielkowato. Naczynia włoskowate miejscami zamknięte. W większych tętniczych naczyniach błony śluzowej widać rozrost błony wewnętrznej, miejscami także rozrost błony środkowej. Małe naczynia w warstwie mięśniowej otacza często silnie rozwinięta błona zewnętrzna, której brak jąder. W średnich i większych naczyniach prawie wszędzie rozrost błony wewnętrznej. W błonie wewnętrznej mało jąder, a rozległe szkliste zwyrodnienie. W głównych gałęziach tętnicy macicznej wiele złogów wapna. Zmiany naczyń uwydatniają się w żyłach w wiele mniejszym stopniu. Nadmiernie rozwinięta międzymięśniowa tkanka łączna okazuje szkliste zwyrodnienie i wybroczyny. Włókna sprężyste pomnożone mocno w błonie wewnętrznej większych naczyń.

Zachodzi więc zanik kurczliwych składników naczyń. Tętnice pozostają szerokie i ziejące nawet przy użyciu przetworów sporyszowych. Etyologia choroby nie jest wyjaśniona. Zdaje się, że liczne porody wytwarzają skłonność do niej. Prawdopodobnie chodzi więc i tutaj o chorobę na podstawie zużycia naczyń, tak samo jak przy stwardnieniu tętnic innych narządów. Mojem zdaniem odgrywa także ważną rolę zapalenie przewlekłe. Wyniki najnowszych badań nakazują rozróżniać dokładnie między pierwotnem łącznotkankowem zwyrodnieniem mięśnia macicy i pierwotnem zachorzeniem ścian naczyń.

Wysięki opłucne w przewlekłych chorobach serca

podał

Dr Leon Żuławski

Dyrektor szpitala powszechnego w Gorlicach.

1. września b. r. zgłosiła się do szpitala A. z S. z powodu bardzo wielkiej duszności i obrzęku kończyn dolnych. Liczy lat 60, zawsze czuła się zdrową i żadnych chorób nie przebywała, dopiero z wiosną tego roku zaczęła doznawać duszności przy pracy, dłuższem chodzeniu i wstępowaniu na górę. Stan ten bez zmiany utrzymywał się aż do sierpnia, kiedy to chora zauważyła obrzęk około kostek i znaczne powiększenie się duszności. Nie kaszlała nigdy, ani też nie doznawała kłucia w boku. Przebyła 7 prawidłowych porodów. W ostatnich dniach sierpnia duszność wzrosła do tego stopnia, że chora nawet noce spędzać musiała siedząco.

Przy powierzchownem jej oglądaniu stwierdza się obraz ciężkiej niedomogi serca. Twarz sina z odcieniem żółtaczkowym, końce palców u rąk i stóp sine, kończyny dolne obrzękłe od stóp aż po górne części ud, skóra podbrzusza również obrzękła. Chora siedzi pochylona, a przymuszona do położenia się przy badaniu dostaje napadu duszności z nabrzmieniem żył szyjnych i suchym kaszlem. Oddechy przyspieszone, 30 razy na minutę, nad klatką piersiową z tyłu odgłos opukowy wszędzie jawny, wyjąwszy w dole, gdzie z prawej strony na szerokość 3 palców, a z lewej na szerokość 2 palców stwierdza się pas przytłumienia. Nad miejscami tego przytłumienia szmer pęcherzykowy i nieliczne trzeszczenia. Nad resztą klatki piersiowej z tyłu wdech pęcherzykowy zaostrzony. W miejscach przytłumienia drżenie prawidłowe i zaburzeń w przewodnictwie głosu nie spostrzega się. Z przodu klatki piersiowej w dołkach nadobojczykowych i podobojczykowych odgłos opukowy jawny, na górnym brzegu V żebra z prawej strony w linii sutkowej przechodzący w stłumienie wątrobne, kończące się 4 palce poniżej łuku żebrowego, gdzie wyczuwa się brzeg wątroby twardy bolesny.

Stłumienie sercowe powiększone w wymiarze poprzecznym poza linię mostkową prawą, gdzie łączy się ze stłumieniem wątrobnem na V żebrze. Uderzenie koniuszkowe słabe i na małej przestrzeni wyczuwa się w VI międzyżebrzu. Czynność serca przyspieszona, nieregularna, niemiarowa, dająca typowy obraz tak zwanej tachyarytmii, zresztą brak jakichkolwiek szmerów. Tętno drobne, niemiarowe, przyspieszone, 140 na minutę. W jamie brzusznej niema wolnego płynu. Mocz w skąpej ilości, wysycony, c. g. 1024, zawiera ślad białka (0·3%). Ciepłota ciała wieczorem 38° C. Ogólny obraz chorobowy przypominał stan niedomogi serca przy niedomykalności zastawki dwudzielnej, jakkolwiek ani pierwotne, ani późniejsze badania wady tej nie stwierdziły. Na podstawie wyników pierwszego badania należało rozpoznać niedomogę serca włóknisto zwyrodniałego w następstwie stwardnienia tętnic i zastosować typowe leczenie naparstnicą przy dyecie mlecznej.

Rozpoznanie to nie zadowoliło mię w zupełności, ponieważ nasilenie niektórych objawów chorobowych, jakoteż towarzysząca gorączka nie znajdowały wytłomaczenia w tem rozpoznaniu.

Tego stopnia duszności, żeby chora nawet na krótką chwilę nie mogła się położyć, nie można przypisać tylko zastojowi żylnemu, nawet, gdyby się przyjęło współdziałanie zaburzeń w zakresie nerek, które w danym przypadku mogły podobnie, jak serce, przedstawiać stan zwyrodnienia włóknistego. Nie samo tylko zaburzenie w krążeniu, ale i inna przyczyna w samym narządzie oddychania musiała w tym przypadku odgrywać ważną rolę. Ponieważ badanie nie wykazało zmian w płucach, a obecność szmerów oddechowych i drżenia wyłączała wysięki opłucne zwykłe — przypuściłem możliwość wysięków nadprzeponowych i długą igłą zrobiłem nakłucie w 10. międzyżebrzu po jednej i drugiej stronie z tyłu i wydobyłem płyn przezroczysty barwy cytrynowej. W rozpoznaniu wysięku nadprzeponowego był mi wielce pomocny stan stłumienia wątrobnego, sięgającego, jak wyżej powiedziałem, od V żebra do czterech palców poniżej łuku żebrowego, przy braku wolnego płynu w jamie brzusznej. To bardzo znaczne powiększenie stłumienia wątrobego zdało mi się wielce podejrzane i odrazu doznałem wrażenia, że pochodzi ono raczej od przesunięcia wątroby ku dołowi. Po nakłuciu próbnem przystąpiłem do wypuszczenia płynu po obu stronach. Z prawej strony wypuściłem 1500 gr., a z lewej 1000 gr.; dodaję, że ilość płynu musiała być znacznie większa, na co wskazuje fakt, że przerwałem pompowanie przy bardzo żwawem jeszcze jego wypływaniu.

Jak z tego widać, stwierdziłem obecność bardzo znacznych wysięków nadprzeponowych, tłómaczących dostatecznie znaczną duszność, jakkolwiek przedmiotowe wyniki badania fizycznego nie dawały podstawy do przypuszczenia, że wysięk ten w tak wielkiej ilości się znajduje.

Badanie płynu stwierdziło zapalne jego pochodzenie; ciężar właściwy wynosił 1015, płyn zawierał mierną ilość włóknika i bardzo wielką białka, próba Rivalty wypadła dodatnio. Badanie cytologiczne osadu stwierdziło obecność pojedynczych ciałek czerwonych krwi, pojedynczych limfocytów dużych i znaczną ilość limfocytów małych, obraz, jaki spotyka się w zapaleniu opłucnej pochodzenia gruźliczego. Co do tego, czy w danym przypadku zapalenie to jest rzeczywiście gruźliczego pochodzenia, znalezienie przewagi małych limfocytów w osadzie stanowczo nie rozstrzyga

i dla stwierdzenia klinicznego należałoby przeprowadzić szczepienia, czego nie mogłem dokonać.

Po wypuszczeniu wysięków chora prędko wracała do zdrowia, objawy niedomogi serca szybko ustępowały, stłumienie wątrobne zmalało, i już bezpośrednio po wypuszczeniu płynu dolny brzeg wątroby zbliżył się na dwa palce do łuku żebrowego, a w chwili wypuszczenia ze szpitala zaledwie na $^3/_4$ cm. wystawał poza brzeg łuku. Ilość moczu zwiększała się, obrzęki ustępowały, ciepłota ciała wracała do poziomu prawidłowego. Czynność serca pozostała nieregularną, tętno 84 na minutę; ślad duszności przy szybkich ruchach Ostatecznie kliniczny przebieg choroby przedstawiał się tak: U chorej na stwardnienie tętnic i włókniste zwyrodnienie mięśnia sercowego nagromadzał się wysięk nad przeponą po obu stronach w nierównej ilości. Gromadzący się wysięk uciskał z jednej strony płuco, podnosząc je ku górze, przyciskając je do ściany klatki piersiowej i przez to samo zmniejszał powierzchnię respiracyjną, z drugiej strony spychał przeponę ku dołowi i osłabiał jej rolę przy akcie oddychania. Sprawa ta upośledzała opróżnienie się komory prawej, co w danym przypadku mogło tem łatwiej być przyczyną zaburzenia czynności serca, wiodącego do niedomogi, że mięsień sercowy był zwyrodniały i stale od dłuższego czasu walczyć musiał ze zwiększonym oporem w dużem krążeniu. Stan przepony, osłabiając oddychanie, zmniejszył aspiracyę i wypróżnianie się żył głównych, co ze swej strony zwiększało zastój i pracę dla serca. W ten sposób sprawa zapalna wysiękowa opłucnej u chorej na stwardnienie tętnic i zwyrodnienie włókniste mięśnia sercowego wywołała niedomogę serca znacznego stopnia, mogącą bardzo łatwo doprowadzić do porażenia serca.

Wysięk opłucny wytworzył się skrycie bez zwykłych burzliwych objawów, charakterystycznych dla wysięków nadprzeponowych, również i przedmiotowo sprawiał trudności rozpoznawcze, przypadek zaś jest rzadki dlatego, że sprawą zapalna opłucnej wystąpiła równocześnie po obu stronach. Wysoki ciężar właściwy i dodatnia próba Rivalty dowodzą sprawy zapalnej.

Przypadek powyższy skłania mię do omówienia sprawy wysięków opłucnych w przewlekłych chorobach serca, która mem zdaniem nie jest tak dokładnie opracowana, jakby na to dla swego znaczenia praktycznego zasługiwała.

W przewlekłych chorobach serca zdarzają się wszelkiego rodzaju wylewy opłucne, różne tak co do istoty, jak i ilości płynu. Najczęściej płyn jest surowiczy, barwy cytrynowo żółtej. W tym przypadku trzeba odróżnić dwie ewentualności. Najpierw może to być puchlina opłucna (hydrothorax) i wtedy płyn bywa bardzo jasny, o nizkim ciężarze właściwym, poniżej 1·008, zawierający mało włóknika i elementów komórkowych. Badanie cytologiczne wykazuje prawie wyłącznie płaty komórek nabłonkowych. Puchlina nie musi znajdować się po obu stronach i dość często zdarzają się przypadki, gdzie znajduje się ona tylko po jednej stronie, zazwyczaj po prawej, a przy obustronnej puchlinie bardzo często po prawej stronie ilość płynu jest większa.

Płyn w opłucnej może być dalej pochodzenia zapalnego, wtedy ciężar gatunkowy jego jest większy aniżeli 1·008, zawiera więcej włóknika i komórek. Jeżeli, co się zdarza dosyć często w przewlekłych chorobach serca, sprawa wysiękowa jest następstwem zawału podopłucnego, to w osadzie płynu znajdujemy dość liczne ciałka czerwone krwi, ciałka białe wielojądrzaste, a brak płatów komórek nabłonkowych.

Nierzadko przyczyną tych wysięków w chorobach serca bywa gruźlica. Brisson de Laroche (Thèse de Paris.) na 40 wysięków opłucnych w przewlekłych chorobach serca wykazał 9 razy zakażenie gruźlicze jako przyczynę; w trzech z tych przypadków stwierdził przy obdukcyi gruzełki podopłucne. Gdy przyczyną wysięków jest gruźlica, to w osadzie płynu wysiękowego stwierdza się przewagę małych limfocytów, podobnie jak w opisanym przezemnie przypadku. To stwierdzenie przewagi limfocytów, uważane przez niektórych autorów za swoiste znamię wysięków gruźliczego pochodzenia, nie może rozstrzygać w rozpoznaniu etyologicznem, ponieważ przekonano się, że inne wysięki po dłuższem trwaniu mogą dawać tę samą formułę cytologiczną, chociaż pierwotnie przedstawiały inną. To też stwierdzenie limfocytozy w świeżych tylko wysiękach może mieć znaczenie rozstrzygające, zresztą trzeba dla rozstrzygnięcia przeprowadzić szczepienie na świnkach morskich lub hodowlę na odpowiednich pożywkach.

Czasami wysięki surowicze przy badaniu cytologicznem przedstawiają mieszane formułki cytologiczne, np. liczne płaty nabłonkowe i obfite białe ciałka wielojądrzaste i wtedy trudno osądzić, czy dany wysięk jest pochodzenia mechanicznego, czy zapalnego. Nieraz w ciągu trwania wysięku płyn opłucny zmienia swój charakter i gdy przy pierwszem nakłuciu wydobywamy płyn. którego osad przedstawia wszystkie cechy płynu wysiękowego, to przy następnem nakłuciu otrzymamy płyn przesiękowy, lub też sprawa ma się odwrotnie. Stąd też badanie cytologiczne niezawsze daje wyniki pewne i rozstrzygające o rozpoznaniu; w każdym razie badaniom tym nie można odmówić wielkiego praktycznego znaczenia. Gdy wysięk jest krwawy, odnieść należy krwotoczny charakter płynu albo do zawału podopłucnego albo do gruźliczego zajęcia opłucnej, zdarzają się atoli przypadki, w których obydwie przyczyny równocześnie działają i gdzie przy obdukcyi stwierdza się i zawał podopłucny i gruzełki w jego otoczeniu. Oprócz tych wysięków spostrzega się niekiedy w przewlekłych chorobach serca i wysięki ropne. Przy wysiękach ropnych należy koniecznie z uwagi na postępowanie lecznicze rozstrzygnąć, czy w danym przypadku wysięk ropny jest septyczny, czy aseptyczny. Płyny aseptyczne dają dobre rokowanie i zazwyczaj bez żadnych zabiegów ulegają szybkiemu wessaniu. Cytologicznie dwa te rodzaje wysięków ropnych różnią się tem, że przy wysięku aseptycznym znajdują się ciałka białe wielojądrzaste dobrze zachowane i dobrze się barwiące, natomiast w wysiękach septycznych w stanie rozpadu.

W przewlekłych chorobach serca możemy zatem spotkać wszystkie rodzaje wysięków, co podnieść należy, daleko częściej, aniżeli zazwyczaj się przypuszcza. Wiele przypadków takich wysięków uchodzi bez właściwego rozpoznania z powodu, że stwierdzony badaniem fizycznem płyn w jamie opłucnej uważa się za puchlinę opłucną, wiele znowu zostaje nierozpoznanych, stanowiąc niekiedy niespodziankę na stole sekcyjnym.

W ogólności wysięki opłucne w przewlekłych chorobach serca są stosunkowo dość częste. Barié oblicza je na 10%, inni autorowie, jak Huchard, mniej więcej taksamo. Zazwyczaj występują one po stronie prawej, zdarzają się i po lewej, a nawet po obu stronach, jak w naszym przypadku. Prawostronne występują daleko częściej w przebiegu chorób serca pochodzenia tętniczego. Co do siedziby, to spotykamy tu te wszystkie odmiany, jak i przy innych wysiękach zapalnych, t. j. mogą zajmować tak całą jamę opłucną, jakoteż być w różnych jej miejscach otorbione, lub zajmować tylko przestrzeń nadprzeponową albo śródpiersiową.

Przeważnie przebiegają powoli i skrycie, z objawami niewyraźnymi, zakrytymi dusznością sercową, z ilością płynu zawsze znacznie większą, aniżeli się przypuszcza według badania fizycznego. Ilość wysięku bywa rozmaita, od kilkuset gramów do 3 litrów, średnio zazwyczaj $1^1/_2$ litra. Wypuszczony wysięk odnawia się z niezwykłą łatwością Boinet w jednym przypadku takiego wysięku musiał 21 razy wykonać nakłucie. W ogólności w chorobach tętnic i w chorobach serca wskutek zmian w tętnicach zdarzają się te wysięki daleko częściej, aniżeli w zwykłych wadach zastawkowych. Boinet podaje, że na 386 obdukcyi w przypadkach przewlekłych zmian aorty (aortitis chronica) 43 razy znajdowały się wysięki opłucne; wśród tych 43 przypadków wysięków zauważył 13 razy płyn krwawy, dla którego

kilka razy jako przyczynę wykazał zawał podopłucny, a zresztą gruźlicze zajęcie opłucnej. Zrosty opłucne znajdowały się 42 razy i często towarzyszyły im zmiany gruźlicze w płucach. Ogółem gruźlicze zmiany w płucach znalazł Boinet w 86 przypadkach na wspomnianych 386 obdukcyi. Te częste zmiany gruźlicze w płucach u chorych z niewielkiemi zmianami aorty wskazują, że w każdym przypadku wysięku opłucnego u ludzi starszych, którzy stanowią główny kontyngent chorych na zmiany tętnicy głównej, powinniśmy zawsze myśleć o możliwości gruźlicy, jako przyczyny sprawy zapalnej opłucnej.

Jak już wyżej wspomniałem, obok gruźlicy częstą przyczyną wysięków zapalnych opłucnej bywają w przewlekłych chorobach serca zawały podopłucne, powstałe albo w następstwie zatoru albo zakrzepu. Niektórzy autorowie, jak Renon, uważają nawet te zawały za prawie jedyną przyczynę tych wysięków. Jestto jednak zbyt wyłączne stanowisko, gdy się zważy, że w przebiegu przewlekłych wad serca zbiega się wiele innych czynników, zdolnych przyczynić się do zapalenia opłucnej, jakoto zapalenia zrazikowe płuc, zapalenie torebki wątroby (perihepatitis), które przenieść się może na opłucną nadprzeponową. Przy tętniakach aorty sprawa zapalna przenosi się wprost z worka tętniaka na opłucną i dlatego wysięk znajdujemy zazwyczaj po lewej stronie. Są to ważne czynniki etyologiczne, z którymi należy się liczyć w każdym przypadku takiego wysięku. W wielu przypadkach może badanie cytologiczne płynu opłucnego być bardzo pomocne w wyświetleniu tych możliwości i uważam je za niezbędne.

Streszczając wszystko to, co powyżej o wysiękach w przewlekłych chorobach serca powiedziałem, należy podnieść przedewszystkiem to, że należą one do częstych powikłań tych chorób, gdyż występują w $^1/_{10}$ części wszystkich przypadków i że częściej występują przy zmianach aorty i w chorobach serca pochodzenia tętniczego, niż w wadach lewego ujścia żylnego.

Wysięki te daleko częściej występują u chorych ze zmianami aorty przed zaburzeniami sprawności serca, t. j. wcześniej, niż inne objawy asystolii i raczej one są powodem tej asystolii. Zazwyczaj i przedewszystkiem spotyka się je po stronie prawej, przyczem mają one skłonność do gromadzenia się pomiędzy przeponą a podstawą płuca i w przedniej okolicy klatki piersiowej. Ta ostatnia właściwość tych wysięków jest nieraz powodem trudności rozpoznawczych. Gdy się zważy, że wysięki opłucne u sercowych przeważnie tworzą się skrycie i powoli, a z drugiej strony, że w klasycznych podręcznikach wysięki nadprzeponowe przedstawiają się jako najburzliwsze, trudno się dziwić, gdy nieraz nawet na myśl nie przyjdzie przypuszczać tam wysięk nadprzeponowy, gdzie chory skarży się jedynie na duszność.

Dlatego zaznaczam to, że zawsze musimy mieć w pamięci możliwość takiego wysięku przy braku nawet innych burzliwych objawów u chorych ze zmianami aorty lub serca, jeżeli pragniemy oszczędzić sobie omyłek. Niezawsze będziemy mieli do czynienia z klasycznym przebiegiem takiego wysięku, gdzie chory na serce w stanie mniej lub więcej wybitnej niedomogi serca doznaje kłucia, odpluwa przez dzień lub dwa dni krwawą plwocinę i potem okazuje mniej lub więcej wybitne objawy wysięku opłucnego; wtedy nie trudno rozpoznać wysięk w następstwie zawału płucnego.

Zdarzają się przypadki, w których, jak w opisanym na wstępie niniejszej pracy, u chorego na serce zazwyczaj ze zmianami w układzie tętniczym powoli występują objawy niedomogi serca, najprzód duszność przy wszelkim wysiłku, potem obrzęki, sinica z odcieniem żółtaczkowym, powiększenie wątroby, zmniejszanie się ilości moczu, przyspieszenie czynności serca, niemiarowość i t. d. Chory nie kaszle ani nie doznaje kłucia; na klatce piersiowej z tyłu, szczególniej po prawej stronie w dole na przestrzeni kilku międzyżebrzy, stwierdzamy zaledwie lekkie przytłumienie z osłabieniem szmeru i drżenia. Z przodu klatki piersiowej stwierdzamy wybitne stłumienie, rozpoczynające się na V lub nawet na IV żebrze i sięgające na kilka palców poniżej łuku i tam wyczuwamy brzeg wątroby. Wtedy łatwo jest stłumienie z przodu przyjąć za stłumienie od powiększonej wątroby, rozpoznać asystolię serca i zastosować naparstnicę z dyetą mleczną. Poprawa wtedy albo jest nieznaczna, albo wcale nie następuje i po pewnym czasie chory ginie już wśród objawów coraz wybitniejszej asystolii, jużto nagle, i dopiero obdukcya stwierdza naszą omyłkę. Z jednej strony wykazuje wtedy obdukcya ogromny wysięk opłucny, nagromadzony przedewszystkiem między przeponą a podstawą płuca prawego, które odchyla ku górze i tyłowi, a z drugiej stosunkowo niezbyt powiększoną, ale zato znacznie ku dołowi przesuniętą wątrobę. Przypadki takie nie należą znowu do tak bardzo rzadkich, kiedy w pracy Brisson de Laroche na 40 opisanych przypadków znajduje się takich spostrzeżeń dwanaście. Jak widzimy, przypadki takie wysięków nadprzeponowych niczem nie przypominają typowych zapaleń opłucnej przeponowej. Znaczne powiększenie stłumienia wątrobnego, brane zazwyczaj za objaw znacznego powiększenia wątroby zastoinowej, uważa Renon za znamienny objaw wysięku nadprzeponowego prawostronnego w chorobach przewlekłych serca. Częste znajdowanie płynu wysiękowego u tych chorych w jamie nadprzeponowej i z przodu starano się wytłómaczyć w rozmaity sposób. Przekrwienie i obrzęk płuc, często w chorobach serca występujące, sprawiają, że płuco w razie wysięku nie może odsunąć się ku wnęce, przytem zrosty, poprzednio często tworzące się w przebiegu tych chorób, odgraniczając główną jamę opłucnej od części nadprzeponowej, biorą udział w umiejscowieniu tych wysięków nad przeponą. W końcu ustawiczna pozycya siedząca chorych sercowych nieraz z pochyleniem ku przodowi musi także wywierać pewien wpływ na gromadzenie się płynu z przodu.

Jakkolwiek wysięki te sprawiają trudności rozpoznawcze, to jednak można je rozpoznać, o ile wogóle nie zapomina się o możliwości takiego powikłania wad sercowych, czego świadomość do dobrego rozpoznania jest pierwszym warunkiem. Przedewszystkiem w rozpoznawaniu powinniśmy kierować się objawami ogólnymi. Ilekroć u chorego ze zmianami tętnic spostrzeżemy objawy wybitnej niedomogi serca bez objawów, wskazujących na istnienie wady zastawkowej, powinniśmy myśleć o powikłaniu takiem, jak zapalenie wysiękowe opłucnej. Tak samo, gdy w typowej asystolii nie uzyskujemy skutku po zastosowaniu typowego leczenia naparstnicą, powinniśmy zwrócić baczną uwagę na opłucną. Nierzadko brak wyniku leczenia naparstnicą, który chętnie składamy na niedające się naprawić zmiany mięśnia sercowego, znajduje przyczynę w mechanicznych oporach w klatce piersiowej, sprawionych przez znaczny wysięk opłucny. Brak wybitnego stłumienia z tyłu klatki piersiowej, brak zniesienia szmerów oddechowych, drżenia i t. p. nie powinien być dla nas rozstrzygającym dla wyłączenia obecności płynu. Znaczne obniżenie dolnego brzegu wątroby i powiększenie stłumienia wątrobnego będzie przemawiało raczej za obecnością płynu, obniżającego wątrobę, szczególniej, gdy równocześnie wykażemy, jak w moim przypadku, brak wolnego płynu w jamie brzusznej. Za wolnym płynem z przodu klatki piersiowej przemawiać będzie zmiana górnej granicy stłumienia przy zmianie położenia chorego z leżącej w siedzącą, i to głównie przy pozycyi siedzącej ze spuszczonemi dolnemi kończynami. Wtedy przez obniżenie przepony uzyskujemy dość znaczne obniżenie górnej granicy stłumienia wątrobnego, a właściwie płynu znajdującego się powyżej. Mając najmniejsze podejrzenie co do obecności wysięku, użyjemy nakłucia próbnego, które zawsze pozostanie najpewniejszym pomocniczym środkiem rozpoznawczym. Nakłucie należy wykonać bardzo nisko, w dziewiątem, dziesiątem, a nawet jedenastem międzyżebrzu z tyłu; nieraz trzeba nakłucie kilka

razy w różnych miejscach ponawiać, można także z przodu próbować dostać się do wysięku.

Jak w razie stwierdzenia wysięku opłucnego w przewlekłych chorobach serca postąpić należy, pomijam z uwagi, że są to rzeczy, wchodzące w zakres leczenia chorób serca, nie będącego przedmiotem niniejszego artykułu.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Axhausen. **Technika i wyniki wolnego przeszczepiania.** (Med. Klinik 1911, Nr 47). Przez wszczepienia (implantacye) rozumie autor wgajania ciał obcych i materyału martwego, zaś przez przeszczepienia (transplantacye) przenoszenie żywych komórek na drugi ustrój. Przy takiem przeszczepianiu chronić należy tkankę od wysychania, a więc przechowywać ją w miejscu wilgotnem i zimnem; zimno zmniejsza śródkomórkowe sprawy życiowe. Przechowywać można tkanki bardzo dobrze w płynie Ringera (NaCl, $CaCl_2$, KCl, $NaHCO_3$). Homoplastyka udaje się bardzo dobrze u osobników pokrewnych, zwłaszcza u rodzeństwa tej samej płci i tegosamego mniej więcej wieku, oraz z dzieci na rodziców. Niestety z czasem tkanki przeszczepione i przyjęte ulegają wessaniu lub bliznowatemu przykurczeniu. Dlatego też przy pokrywaniu ubytków nie należy używać do odświeżenia ziarniny ostrej łyżeczki, lecz ścinać ją ostrym nożem, by otrzymywać zupełnie równe powierzchnie. Przeszczepianie naskórka daje blizny cienkie, kurczące się, nie przesuwalne i z tego powodu lepsze wyniki daje już przeszczepianie wolne całej skóry. Przeszczepianie błony śluzowej spożytkowano celem tworzenia cewki z moczowodu. Dobrze przeszczepiać się daje wolno także tkanka tłuszczowa, ścięgna (cienkie), a zwłaszcza powięź, co zużytkowano do operacyi przepuklin itp. Przeszczepia się także chrząstkę i kości, a Lexer przeszczepia nawet całe powierzchnie stawowe. Kość przeszczepiona z czasem zanika i tworzy się nowa z przeszczepionej okostnej. Przeszczepianie narządów dotąd mimo znakomitej techniki szwu naczyń Carrela jest dopiero w zaczątkach, ale może odda i ono z czasem usługi, choćby autoplastycznie, np. przyszycie oderwanej nerki, kończyny itp. K.

Stammler. **O nowszych sposobach serologicznego rozpoznawania raka.** (Arch. f. klin. Chir. 96. I.). Odczyn meiostagminowy występuje u 73% chorych na inne cierpienia. Autor poleca następującą łatwą próbę: Rozcieńczony wyciąg tkanki rakowej, opalizujący, wyjaśnia się wskutek wytworzenia osadu po dodaniu doń surowicy rakowatego. Odczyn ten, idący równolegle z odczynem meiostagminowym, jest jeszcze od niego czulszy, bo występuje u 83% rakowatych, a 14% innych chorych, wykonanie jego jest zaś bardzo proste. K.

Kehr. **W jaki sposób unikać nawrotów po operacyi kamieni żółciowych lub zmniejszyć ich liczbę?** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 46—47). Kehr staje w obronie wycinania pęcherzyka żółciowego przy kamicy, uważając jedynie ten zabieg (przy sączkowaniu przewodu wątrobowego) w przypadkach cięższych za racyonalny i napewno chroniący od nawrotów. Zdaniem K. zabieg ten nie jest zaś wcale cięższy dla chorego, ani trudniejszy technicznie od nacięcia pęcherzyka, operacyi, którą K. wykonuje obecnie z konieczności. Nawroty rzeczywiste kamieni należą do rzadkości, zwykle chodzi o inne powikłania, zrosty lub pozostawione kamienie. Każdy operator w miarę wprawy ma też coraz mniej tych »nawrotów«. Przez wycinanie woreczka zapobiegamy tworzeniu się raka, leczymy chorych bardzo szybko i pewnie, bez przepuklin i przetok i chronimy od ewentualnych operacyi wtórnych. Najmniej w 86% uzyskuje się po operacyi zupełne wyleczenia, nie należy jednak z zabiegiem zwlekać. K.

Ullmann. **O korzystnem działaniu tirosinaminy w formie rozpuszczalnej we wodzie przy zapalnych naciekach sterczu.** (Klin. therap. Woch. 1911, Nr 49). Na podstawie obserwacyi 85 przypadków zaleca autor przy powiększeniach sterczu, nie polegających na tle nowotworowem, lecz przewlekle zapalnem, stosować wstrzykiwania fibrolizyny w postaci rozpuszczalnej we wodzie (jako t. zw. sinapal, wyrabiany w Wiedniu przez firmę Waldheim). Wstrzykuje się co 2—3 dni (10 razy), a potem wykonuje miesienie sterczu, co zwykle wystarcza do wybitnego zmniejszenia się gruczołu. Miesić należy dopiero w $^1/_4$—$^1/_2$ godziny po wstrzyknięciu. Nieraz gruczoł staje się przytem tkliwym i wtedy trzeba przerwać wstrzykiwania. Przy zaostrzaniu się sprawy zapalnej cewki należy ją odpowiednio leczyć. Ullmann wstrzykuje 0·2—0·3, t. j. 2·0—3·0 grm sinapalu. Objawów toksycznych nie spostrzegał. Do wstrzykiwania należy fiolkę ogrzać do ciepłoty ciała. Sposób ten oddał autorowi dotąd najlepsze wyniki ze wszystkich stosowanych sposobów. K.

Stoffel. **Nowa operacya celem usuwania porażeń kurczowych.** (Münch. med. Woch. 1911, Nr 47). Zamiast trudnej operacyi Förstera (wycinanie korzeni tylnych) poleca autor celem usuwania porażeń kurczowych zabieg bardzo prosty, mianowicie wycinanie odpowiednich włókienek nerwowych przy mięśniu samym lub w przebiegu nerwu ruchowego. Znać jednak do tego trzeba dobrze topografię przebiegu włókien w nerwie; jest ona stałą i łatwą co do oryentacyi. W ten sposób operował autor już kilkanaście razy i osiągnął wyniki bardzo dobre. Ma też nadzieję, że zabieg ten usunie zupełnie potrzebę żmudnych nieraz plastyk mięśni i ścięgien. Narzędzia do tego celu, bardzo delikatne, wyrabia fabrykant Bingler. K.

Vulpius. **O leczeniu stopy szpotawej (pes varus).** (Klin. ther. Woch. 1911, Nr 48). Leczenie stopy szpotawej rozpocząć należy wcześnie (przed 4 miesiącami); wtedy procedury zwykłe, jak codzienne odprowadzanie i następowe zawijanie, wiodą skutecznie do celu. Ewentualnie potem dajemy odpowiedni przyrządzik, t. j. podeszwę ze szyną zewnętrzną. W przypadkach cięższych należy wykonać tenotomię ścięgna Achillesa, odprowadzenie ręczne lub przyrządami i gips. Utrudnia i wikła leczenie krzywica i nieraz od niej leczenie zacząć należy. U dorosłych wystarcza zwykle zabieg krwawy, polegający na odsunięciu pięty ku dołowi, albo też, gdy przeszkoda tkwi w kości skokowej, wyskrobuje się jej środek tak, że pozostaje tylko zewnętrzna skorupa, która łatwo się poddaje. Natomiast obecnie rzadko już zachodzi potrzeba wycinania kości skokowej lub klinów ze śródstopia. Wyniki są dobre, choć nieraz mięśnie łydki pozostają mimo leczenia zanikłe, co niektórzy odnoszą do następstw tenotomii ścięgna Achillesa, wykonywanej często przy leczeniu stopy szpotawej, inni do zbyt krótkiego tylnego wyrostka kości piętowej. Czasem spostrzega się w następstwie zmniejszoną ruchomość stawu skokowego. K.

Kümmel. **O ciężkich powikłaniach przy broncho- i ezofagoskopii.** (Deut. med. Woch. 1911, Nr 46). Przy bronchoskopii górnej w razie, gdy rura jest za gruba (np. u dzieci), często zjawia się w parę godzin nagłe obrzmienie pod głośnią, które wieść może do śmierci z uduszenia. Należy pamiętać o tem i być przygotowanym na ewentualną tracheotomię. Z tego też powodu wielu, a także i autor wykonuje u dzieci poniżej 5 lat odrazu tracheotomię i bronchoskopię dolną; podobnież postępować należy, gdy wykażemy lusterkiem silne obrzmienie pod głośnią. Również Killian przy ciałach obcych pęczniejących, t. j. tam, gdzie wyciąganie bywa trudne, używa stale poprzedniej tracheotomii, by uniknąć tracheotomii następowej wśród gorszych warunków. Przy ezofagoskopii znów może zdarzyć się przedziurawienie nieraz bez wybitnych początkowych objawów. Stać się to może również przy zgłębnikowaniu, a zgłębnik nieraz wchodzi potem bardzo łatwo w śródpiersie. Przy

ezofagoskopii wydarzyć się może przedziurawienie szczególnie łatwo przy wprowadzaniu tubusa na mandrynie. K.

Położnictwo i ginekologia.

Jägerroos. **O ciałach acetonowych w moczu rodzących i położnic.** (Arch. f. Gyn. t. 94, z. 3). Aceton w mniejszej lub większej ilości znaleść można w moczu prawie każdej rodzącej i położnicy, szczególnie jeżeli poród zbytnio się przedłużał. Innych natomiast związków acetonowych, w szczególności kwasu acetowego lub β-oksymasłowego nie można było nigdy znaleść. Fakt ten należy w ten sposób tłómaczyć, że aceton wogóle trudno się rozkłada i przy większej produkcyi przechodzi niezmieniony do moczu, podczas gdy kwas acetowy i β-oksymasłowy rozkładają się znacznie łatwiej, tak że jako takie nie dostają się już do pęcherza moczowego. Doświadczenia wykazały, że przez podawanie węglowodanów acetonurya się zmniejsza lub nawet znika, podobnie jak przy podawaniu większych ilości ciał białkowatych. Może więc niedostateczny dowóz tych ciał, wybitnie odżywczych, wywołuje pewnego rodzaju przejściową niedomogę w przemianie materyi, której następstwem jest właśnie acetonurya. Wykazano ją przecież wogóle w stanach większego wyniszczenia. W czasie porodu i krótki czas po nim chęć do jedzenia jest u kobiet zwykle mała, tak że pewnego stopnia wyniszczenie istotnie się wytwarza, szczególnie jeżeli i poród zbytnio się przeciągał i wywołał znaczne zmęczenie ogólne. Dodać należy, że prawie u każdej rodzącej występuje nadto podrażnienie nerwowe, które również sprzyja powstaniu acetonuryi. Można więc przyjąć, że takie wyniszczenie porodowe odbiera narządom siłę niszczącą ciała acetonowe, ale tylko do tego stopnia, że sam aceton przechodzi do moczu, inne zaś ciała acetonowe zostają rozłożone i do moczu jako takie nie przechodzą.

E. Ehrenpreis.

Schlimpert. **Gruźlica u kobiet, w szczególności gruźlica otrzewnej i narządu rodnego, gruźlica narządu moczowego, gruźlica w czasie ciąży i połogu, na podstawie 3514 sekcyi.** (Arch. f. Gyn. t. 94. zesz. 3). Z narządów gruźlicą zajętych na pierwszem miejscu stoją płuca = 84·3%, na drugiem jelita = 32·3%, na trzeciem otrzewna = 4·9%, na czwartem narząd rodny = 3·4%, dalej idą opony mózgowe = 3·3%, kości — 2·5%, osierdzie = 2·2% i w końcu narząd moczowy = 1·4%. Szczegółowo omawia autor najprzód gruźlicę otrzewnej. Występuje ona najczęściej w wieku pokwitania między 11—20 r. ż., jakoteż w wieku przejściowym między 41—50 r. ż., i powstać może: 1) przez bezpośrednie dostanie się bakteryi na otrzewnę np. wskutek pęknięcia gruźliczego wrzodu jelitowego, 2) drogą naczyń limfatycznych przez ściany jelita, 3) drogą naczyń limfatycznych z ognisk gruźliczych na innych błonach surowiczych (opłucna, osierdzie), 4) drogą naczyń krwionośnych z różnych narządów (płuca, kości i i.), przez przebicie ognisk do naczyń i 5) z narządu rodnego. Samoistna pierwotna gruźlica otrzewnej jest nader rzadka, w materyale autora nie wystąpiła ani razu. Rokowanie nie jest najgorsze, śmiertelność w przypadkach autora wynosiła 8·3%, jeżeli się odliczy te wszystkie przypadki gruźlicy otrzewnej, gdzie przyczyną śmierci była gruźlica innych ważnych narządów (płuca, kości, krtań, jelita). Następnie omawia autor gruźlicę narządu rodnego. Występuje ona równie często w każdym wieku kobiet, najczęściej między 21—30 r. ż., i może powstać: 1) przez dostanie się bakteryi gruźliczych z części rodnych zewnętrznych lub z pochwy; ta droga zakażenia jest najrzadsza, a niektórzy zaprzeczają wogóle jej możliwości. W materyale autora nie było ani jednego przypadku takiego samoistnego pierwotnego zakażenia gruźliczego narządu rodnego. 2) Przez szerzenie się sprawy gruźliczej »per continuitatem« z narządów sąsiednich (z pęcherza, jelita); i ta droga zakażenia nie jest częsta. 3) Drogą naczyń krwionośnych z innych narządów gruźlicą zajętych, przyczem sprawa najczęściej sadowi się w jajowodach; to jest też najczęstsza droga zakażenia. 4) Drogą łożyska gruźliczo zajętego lub z miejsca jego usadowienia się; i to jest właściwie droga krwionośna, należy bowiem przyjąć, że bakterye drogą krwi dostały się z jakiegoś narządu zajętego do łożyska i wywołały »endometritis decidualis tuberculosa puerperalis«, a tem samem gruźlicę macicy. W materyale autora wystąpiła ta rzadka forma zakażenia narządu rodnego na pewno 2 razy, a możliwie 4 razy. Co się tyczy stosunku gruźlicy otrzewnej do gruźlicy narządu rodnego, to gruźlica zdaje się najczęściej przechodzić z otrzewnej na narząd rodny, a nie odwrotnie. W dalszym ciągu omawia autor gruźlicę pojedynczych części narządu rodnego. Gruźlica pochwy występuje dość rzadko, zwykle w wieku późniejszym (40—70 r. ż.), najczęściej jako jedyne ognisko gruźlicze w całym narządzie rodnym. Sprawa przechodzi zwykle z narządów sąsiednich (odbytnica, pęcherz); przeniesienie zakażenia przez stosunek płciowy jest bardzo nieprawdopodobne. Gruźlica szyjki i części pochwowej występuje zawsze w połączeniu z gruźlicą innych części narządu rodnego lub przy ciężkiej gruźlicy ogólnej. Gruźlica macicy występuje dość często, zwykle w połączeniu z gruźlicą jajowodów. Gruźlica jajowodów jest najczęstszą formą gruźlicy narządu rodnego, i występuje zwykle w postaci »pyosalpinx tbc.«. Gruźlica jajników występuje wogóle rzadko, szczególnie jako zakażenie samoistne, przeważnie zaś przy gruźlicy ogólnej lub przy gruźlicy macicy. Gruźlica tkanki przymacicznej (parametritis tuberculosa) jest bardzo rzadką i powstaje zawsze na drodze limfatycznej jako etap dalej już posuniętej gruźlicy całego narządu rodnego. Rokowanie nie jest złe, o tyle, że gruźlica narządu rodnego prawie nigdy nie staje się bezpośrednią przyczyną śmierci, chyba w przypadkach bardzo daleko posuniętych, gdzie następuje zatrucie ustroju toksynami bakteryi gruźliczych. Pośrednio natomiast może się stać niebezpieczną dla życia, jeżeli wywoła ogólną ostrą gruźlicę prosówkową lub przejdzie na ważne narządy sąsiednie, jak jelita lub pęcherz moczowy, co jednak rzadko następuje. Rokowanie jest złe po operacyach mających na celu wyjęcie gruźliczych części narządu rodnego, z czego wynika, że raczej jest wskazane leczenie zachowawcze aniżeli operacyjne, szczególnie, jeżeli równocześnie zachodzi gruźlica innych ważnych narządów.—W końcu omawia autor gruźlicę narządu moczowego. Należy ona do najrzadszych schorzeń gruźliczych w ustroju i powstaje prawie zawsze na drodze krwionośnej przez wydzielanie prątków gruźliczych do nerek. Z nich dostają się następnie bakterye gruźlicze z moczem do moczowodów i pęcherza. Najczęstszy jest tu więc zstępujący typ zakażenia. W przypadkach jednak, gdzie z jakichkolwiek powodów nastaje zatrzymanie moczu, mogą bakterye, które już przedtem dostały się do pęcherza, wywołać na drodze wstępującej przez cofnięcie się moczu ku górze, zakażenie powtórne części już zajętych, lub nerki drugiej dotychczas niezajętej. Pierwotna gruźlica nerek jest bardzo rzadka i może powstać tylko na drodze wstępującej, jeżeli bakterye gruźlicze dostały się do moczowodów lub pęcherza z zewnątrz przy różnych manipulacyach. Gruźlica narządu moczowego może wreszcie powstać przez szerzenie się sprawy z narządów sąsiednich. Z różnych części narządu moczowego najczęstszą jest gruźlica nerek a następnie pęcherza, z czego wynika, że sprawa rozpoczyna się zwykle w nerkach, skąd przeskakując moczowody dostaje się do pęcherza. Rokowanie, już ze względu na ważne znaczenie narządu moczowego, a szczególnie nerek dla ustroju, jest o wiele gorsze, aniżeli w gruźlicy narządu rodnego, a gruźlica narządu moczowego może się istotnie nie tak rzadko stać bezpośrednią przyczyną śmierci (13·3%). Omawiając jeszcze stosunek wzajemny gruźlicy i ciąży względnie połogu, dochodzi autor do wniosku, że powikłanie gruźlicy ciążą może w połogu wywołać wielkie niebezpieczeństwo dla życia, a w każdym razie znaczne pogorszenie samej sprawy gruźliczej. Odsetek śmiertelnych przypadków wzrasta stopniowo od połogu po poronieniach i połogu po porodach przedwczesnych do połogu po po-

rodach na czasie i to w tym stosunku, w jakim maleje ilość przypadków wyleczonych i początkowych. Kobiety dotknięte gruźlicą są więc w połogu po poronieniach o wiele mniej narażone, aniżeli po porodach na czasie. E. Ehrenpreis.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie dnia 4. grudnia 1911 r.

1) Czł. L. Marchlewski zdaje sprawę z pracy wykonanej wspólnie z Prof. C. A. Jacobsonem: **Zmienność składu chlorofilanu.**

2) Czł. Nap. Cybulski przedstawia pracę Prof. L. Popielskiego: **Dalsze badania nad niekrzepliwością krwi w czynności gruczołów trawiennych.** W poprzedniej pracy autor wykazał, że drażnienie struny bębenkowej (chorda tympani) pilokarpiną wywołuje niekrzepliwość krwi, wypływającej z gruczołu podszczękowego, wprowadzanie zaś $BaCl_2$ wywołuje niekrzepliwość krwi w całym ustroju. W obecnej pracy autor wykazuje, że atropina znosi niekrzepliwość krwi, wywołaną przez $BaCl_2$, co dowodzi, że $BaCl_2$ wywołuje to zjawisko na drodze nerwowej. Atropina nie poraża nerwów wydzielniczych, przechodzących w pniu n. współczulnego. Autor wykazuje, że drażnienie n. współczulnego, wywołując wydzielanie śliny, jednocześnie podnosi niekrzepliwość krwi. Po wprowadzeniu atropiny drażnienie n. współczulnego wywołuje niekrzepliwość krwi bez zmiany. Autor przypuszcza, że elementy, na które działając nerwy wywołują niekrzepliwość krwi, są komórkami śródbłonkowemi naczyń krwionośnych.

3) Czł. N. Cybulski przedstawia pracę p. Józefa Zająca: **Dalsze badania nad widzeniem monokularnem.** Przy patrzeniu monokularnem widzimy przedmioty w taki sposób, iż w płaszczyźnie poziomej istnieje krzywa, właściwa każdemu oku i każdej odległości wpatrywania się, krzywa, mająca własność następującą: punkty na niej położone nie okazują różnic odległości względem punktu wpatrywania się; punkty zewnątrz niej położone widzimy dalej, punkty wewnątrz niej położone — bliżej, w odniesieniu do punktu fiksacyjnego. Fakta te były znane z dawniejszych badań Prof. W. Heinricha i p. W. Grzybowskiego. Autor dokonał nowych doświadczeń, pod kierunkiem Prof. Heinricha, celem znalezienia podobnej krzywej w płaszczyznie pionowej. Okazało się, że przy widzeniu monokularnem istnieje powierzchnia, do pewnego stopnia zbliżona do paraboloidy, której przecięciami, przechodzącemi przez oś widzenia, są wspomniane wyżej dwie krzywe. Ma ona własność tę samą, którą, jak powiedziano, posiada jej poziome przecięcie.

4) Czł. St. Bądzyński przesyła pracę pp. J. Browińskiego i St Dąbrowskiego: **Ilościowe badania nad zawartością azotu aminowego w poszczególnych kwasach oksyproteinowych moczu ludzkiego.** Liczne badania nad obecnością polipeptydów i wolnych kwasów aminowych w prawidłowym moczu, badania, których wyniki są dość sprzeczne, skłoniły autorów do podjęcia pracy nad zawartością grup aminowych w kwasach oksyproteinowych (wykrytych przez St. Bądzyńskiego i jego współpracowników), zarówno przed, jak i po użyciu czynników hydrolitycznych. Równocześnie autorowie wykonali badania nad warunkami hydrolizy związków powyższych w zmiennych warunkach czasu i temperatury ogrzewania, a nadto przy użyciu różnych czynników hydrolitycznych.

Z pracy niniejszej wynika, że w prawidłowym moczu ludzkim istnieją złożone kwasy aminowe, mianowicie kwasy antoksy- i oksy-proteinowy, których grupę aminową można wprost ilościowo określić przy pomocy metody formolowej Sörensena. Kwas antoksyproteinowy zawiera 11·3% (w proc. całkowitego azotu) w postaci grupy NH_2, kwas oksyproteinowy blizko 40%. Podczas gdy wszystkie dotychczasowe badania nad kwasami aminowymi w moczu miały wyłącznie na uwadze proste kwasy aminowe, głównie glikokol, praca niniejsza wykazuje, że ten azot aminowy w moczu przypada na kwasy oksyproteinowe jeśli nie w całości, to przynajmniej w znacznej części. Okazało się dalej, że najwłaściwszym czynnikiem hydrolitycznym jest 40% kwas fluorowodorowy. W temperaturze łaźni wodnej hydroliza kwasem fluorowodorowym wnika głębiej, niż przy użyciu kwasu solnego w ciepłocie wrzenia, a przytem przebiega łagodniej, bez wtórnych zjawisk kondensacyi i utlenienia, bez wydzielania nadmiernych ilości amoniaku i z równoczesnem wyzwoleniem większej ilości azotu aminowego.

W kwasie oksyproteinowym ilość wyzwolonego przez hydrolizę azotu aminowego wynosi 41·7% całkowitego azotu przy użyciu fluorowodoru, zamiast 6·2% przy hydrolizie kwasem solnym; w kwasie antoksyproteinowym azotu aminowego wyzwala się 22·6% przy HFl, zamiast 6·8% przy HCl, w kwasie alloksyproteinowym azotu aminowego tworzy się 70·6% przy HFl, a 13·14% przy HCl, wreszcie w urochromie azotu aminowego hydroliza kwasem HFl wyzwala 24%, kwasem zaś HCl 10·5%. Autorowie zauważyli również, że przy hydrolizie HFl melanina powstaje tylko z urochromu, podczas gdy z innych kwasów oksyproteinowych związki melaninowe nie powstają. Ta okoliczność zbija twierdzenie niektórych autorów, jakoby kwas antoksyproteinowy był substancyą macierzystą urochromu.

5) Czł. A. Prażmowski przedstawia (w formie tymczasowej wiadomości) pracę swoją: **Historya rozwoju i morfologia azotobaktera.**

Oprócz tego przedstawiono na tem posiedzeniu 4 rozprawy, których treść przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«.

Posiedzenie lekarzy ambulatoryum kliniki neurologiczno-psychiatrycznej Uniw. Jagiell. w Krakowie

z dnia 31. X. 1911 r.

1) Kol. Landau przedstawia przypadek zupełnie wyleczonej **hematomyelii.** A. D. lat 24, z zawodu rzeźbiarz, uległ przed dwoma laty t. j. w maju 1909 r. wypadkowi urazowemu podczas ćwiczeń gimnastycznych w Sokole w Z. Gdy A. D. wspólnie z kolegami robił piramidę, jeden z gimnastykujących się upadł mu na głowę. A. D., który stał na ramionach dwóch innych kolegów, stracił przytomność i spadł na ziemię. Po odzyskaniu przytomności nie odczuwał żadnego bólu, nie mógł natomiast prawie zupełnie poruszać ani nogami ani rękoma, bo jedynie tylko ręce nieco unosił w stawach barkowych, a stopą prawą wykonywał ruch lekki. Chorego umieszczono w szpitalu w Z., gdzie już po tygodniu nastąpiła pewna nieznaczna poprawa w ruchach kończyn górnych i dolnych, większa po stronie prawej, aniżeli po lewej. Przez cały czas pobytu w szpitalu musiano chorego cewnikować z powodu niemożności oddania moczu. Mimo lewatyw zaś, stosowanych przeciwko zaparciu stolca, miał chory tylko dwa razy stolec w ciągu trzech tygodni. Po trzech tygodniach przewieziony do kliniki chirurgicznej w Krakowie, gdzie go kol. Landau badał po raz pierwszy. Przy badaniu stwierdzono: Chory dobrze zbudowany i dobrze odżywiony. Badanie nerwów czaszkowych z wynikiem ujemnym. Źrenice wązkie, okrągłe, równe. Oddziaływanie na światło obustronnie wydatne, lecz nieco zwolnione. Ruchy głową zachowane, ale pochylanie głowy naprzód, a zwłaszcza w tył, powolne z powodu nieznacznej bolesności w okolicy kręgosłupa. Na uwagę zasługuje ustawienie kończyn górnych, gdy chory siedzi, a mianowicie oba ramiona odprowadzone

nieznacznie od klatki piersiowej, przedramiona wobec ramion w lekkiem zgięciu, ręce w stawach garstkowych nieznacznie zgięte i odwrócone (supinowane). Z ruchów czynnych zachowane obustronne unoszenie barku, przeprowadzanie rąk do poziomu (deltoideus), ruchy obrotowe na zewnątrz i wewnątrz (m. subscap. i teres minor, infraspinatus i teres major), zginanie w stawach łokciowych (biceps, brachialis internus), a nadto częściowo zachowane odwracanie (supinator longus i brevis) i wyprostowanie w stawach nadgarstkowych. Przy ruchach biernych wyraźna hypotonia. Odruchy mięśnia dwugłowego obustronnie mierne, z trójgłowego prawy ślad, lewy O, ścięgniste przedramion ze zginaczy bardzo słabe, z mm. prostujących O. Sprychowe mierne po obu stronach. Siła mięśniowa dość dobra obustronnie przy unoszeniu barku, ramienia i przy zginaniu przedramion w stawach łokciowych, w innych mięśniach słabo lub zupełnie zniesiona. — Kończyny dolne: W ustawieniu kończyn (pozycya leżąca) nic nieprawidłowego zauważyć nie można. Ruchy czynne prawie we wszystkich stawach możliwe, ale w bardzo małych granicach, jedynie tylko ruchy w stawach palców z wyjątkiem pierwszych zupełnie zniesione. Po stronie lewej wszystkie te ruchy znacznie gorsze, aniżeli po stronie prawej. Najlepiej zachowane doprowadzanie kończyn w stawach kolanowych. Przy ruchach biernych obustronnie hypotonia. Odruchy: kolanowe i stopowe mierne, kolanowy po < l. Objaw Babińskiego po stronie lewej = O. Po prawej czasem skłonność do wyprostowania palca dużego. Przy wywoływaniu objawów Oppenheima i Strümpla po stronie prawej wyprostowanie 3 pierwszych palców. Unoszenie się z pozycyi leżącej w siedzącą i chód niemożliwe. Pnie nerwowe nigdzie nie bolesne. Kręgosłup na wysokości 4. kręgu szyjnego i drugiego piersiowego przy ucisku nie bolesne. Powłoki brzuszne napięte. Odruchy brzuszne zniesione. Odruch mosznowy lewy słaby, prawy miernie żywy. Czucie dotykowe i bolowe bardzo znacznie osłabione na wszystkich czterech kończynach i na tułowiu od przodu po obojczyki, od tyłu po drugi krąg piersiowy. Dowolne oddawanie moczu i stolca niemożliwe.

Rozpoznano krwotok rdzeniowy (heamatomyelia), który powstał w chwili, gdy na głowę chorego upadł jeden z gimnastyków, lub też potem dopiero, gdy chory skutkiem utraty przytomności runął na ziemię. Zalecono zupełny spokój i podawanie jodu. Wykonany następnie na klinice chirurgicznej rentgenogram potwierdził rozpoznanie, nie wykazując żadnych zmian w zakresie kręgosłupa. Badanie powyższe przeprowadzono dn. 7. VI. 1909. W dwa dni potem miał już chory parcie do oddawania moczu, lecz o ile go nie oddał natychmiast, mocz odchodził mimowolnie. Od tego też dnia widoczna coraz większa poprawa, tak że około 15. VIII. 1909 mógł już chory opuścić klinikę chirurgiczną ze znaczną poprawą, bo tylko z pewnym jeszcze niedowładem w zakresie obu kończyn dolnych. Mocz i stolec oddawał zupełnie prawidłowo. Badany d. 15. X. 1909 nie wykazywał żadnych już zmian w ruchach, czuciu, ani też nie miał żadnych zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca. Jedynie tylko uskarżał się na łatwe nużenie się, gdy więcej chodzi i na uczucie pieczenia i bolesność w okolicy dolnych kręgów piersiowych. Badanie z dnia 10. III. 1910 nie wykazało żadnych zmian organicznych prócz pewnych skarg podmiotowych, jak pieczenia w okolicy kręgosłupa, uczucia sztywnienia, drżenia i napinania w kończynach dolnych.

I dzisiejszem badaniem przedmiotowo nic nie można wykazać, podmiotowe jednak skargi utrzymują się, jakkolwiek znacznie mniejsze. Tak więc i przebieg choroby t. j. zupełne cofnięcie się wszystkich objawów poraźnych, potwierdził w zupełności rozpoznanie.

Co do siedziby ogniska chorobowego w rdzeniu, to przyjąć należy, że wybroczyna nastąpiła tu na wysokości szóstego segmentu szyjnego. Bo jakkolwiek górna granica zaburzeń czucia przemawiałaby za nieco wyższym odcinkiem rdzenia, a mianowicie za czwartym szyjnym, jednak brak porażeń w zakresie mm. nad- i podgrzebieniowych i podłopatkowych, naramiennego, dwugłowego, m. wewnętrznego ramienia i mm. odwracających przedramię przemawia przeciw zajęciu wyższych odcinków rdzeniowych. W naszym więc przypadku, podobnie jak w przypadkach, na które zwrócili uwagę Thorburn i Hutchinson, są ruchy wszystkich tych mięśni obustronnie zachowane, których nerwy biorą początek powyżej segmentu szóstego, a zatem te, które w porażeniach Erba bywają niedowładne. A brak porażeń w tych mięśniach był też przyczyną owego, wspomnianego już, charakterystycznego ustawienia obu kończyn górnych.

Czy wązkość źrenic należy odnieść do porażenia ośrodka rzęskowo-rdzeniowego (centrum cilio-spinale), tego nie można rozstrzygnąć. O ile bowiem przy jednostronnem zwężeniu źrenicy rozpoznanie przez porównanie ze stroną drugą nie napotka na trudności, o tyle obustronne zwężenie źrenic, zwłaszcza miernego stopnia, nie uprawnia jeszcze do takiego rozpoznania.

O rozległości krwotoku w rdzeniu nie można było przy pierwszem badaniu żadnego wyrobić sobie zdania. Wobec tak rozległych porażeń w zakresie wszystkich kończyn i wobec zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca, można było przyjąć przedewszystkiem dwa ogniska, t. j. jedno na wysokości zgrubienia szyjnego, a jedno w obrębie lędźwiowego zgrubienia rdzenia. Takiem rozmieszczeniem ognisk krwotocznych dałyby się najłatwiej wytłómaczyć wiotkie porażenia w zakresie wszystkich kończyn, przyczem skłonność do objawów Babińskiego, a objaw Oppenheima i Strümpla na nodze prawej odnieśćby należało do podrażnienia piramid bocznych po stronie prawej. Drugą możliwością byłoby jedno ognisko na wysokości zgrubienia szyjnego, które dawało porażenia wiotkie w zakresie kończyn górnych, natomiast porażenia w zakresie kończyn dolnych należałoby w takim razie po części odnieść do ucisku na powrózki boczne (Strümpell-Oppenheim), po części zaś kłaść je na karb wstrząsu nerwowego rdzenia (stawy wiotkie, osłabienie odruchów). Nie przyjęliśmy zwykłego tylko wstrząsu bez wybroczyny z tego powodu, że owa nadzwyczajna symetryczność porażeń, zwłaszcza w zakresie kończyn górnych, mających typowy charakter porażeń segmentarnych, stanowczo przemawiała przeciw takiemu przypuszczeniu. A nadto objaw Strümpla, Oppenheima i skłonność do objawu Babińskiego przemawia również przeciwko takiemu tłomaczeniu. Z przebiegu jednak choroby t. j. wobec tego, iż sprawa ta nie pozostawiła żadnych osłabień ruchowych, ani też zaników — wnosić należy, że krwotok był nieznaczny i że nie naruszył zupełnie substancyi nerwowej. Większość zaś objawów należy z wielkiem prawdopodobieństwem odnieść tu do wstrząsu nerwowego rdzenia. (Streszczenie własne).

Dyskusya. Kol. Rydel nie przypuszcza w danym przypadku krwawienia zewnątrzrdzeniowego, t. j. w opony, a to z tego powodu, ponieważ chory nie miał większej bolesności mięśniowej, unieruchomienia kręgosłupa, ani też bólów promieniujących. Nie przypuszcza również i krwawienia wewnątrzmiąższowego, a to wobec tego, że obecnie zupełny brak wszelkich zaników i zaburzeń czucia, jakkolwiek za takim krwotokiem przemawiałaby niewątpliwie symetryczność wszelkich objawów. K. Rydel skłonny jest przyjąć w danym przypadku jakąś torbiel, t. j. rodzaj przepukliny oponowej, powstałej na tle urazu, którą możnaby sobie wytłómaczyć wszystkie objawy w danym przypadku.

Landau w odpowiedzi podkreśla, że i on już przy pierwszem badaniu z powodów podniesionych przez kolegę Rydla wyłączył krwotok zewnątrzrdzeniowy. Co do krwotoku miąższowego, to jemu nie wydaje się prawdopodobnym krwotok rozległy, ponieważ ten musiałby pozostawić zaniki, osłabienie ruchowe lub zaburzenia czucia w pewnych przynajmniej grupach mięśniowych, albo pojedynczych tylko mięśniach. Nie jest jednak wyłączony krwotok do kanału środkowego rdzenia, t. j. tak zwana »haematomyelia tubularis« z uciskiem na rdzeń i objawami wstrząsu rdzeniowego. Jakkolwiek i o tem zapominać nie należy, że w przy-

padkach urazowych krwotok, nawet miąższowy, może być tak nieznaczny, iż w następstwie nie pozostawia żadnych zmian w zakresie ruchów i czucia, a przynajmniej takich, któreby się badaniem dały wykazać, gdyż większość objawów mogła być jedynie następstwem wstrząsu rdzenia.

Kol. Piltz i Rydel zgadzają się na przyjęcie krwotoku w kanale środkowym, a kol. Rydel sądzi, że i rozsianej hematomylii (haematomyelia disseminata) nie można w danym przypadku zupełnie wyłączyć. W każdym razie należało, zdaniem kol. Rydla, wykonać w swoim czasie nakłucie lędźwiowe i zbadać płyn mózgowo-rdzeniowy, coby może przyczyniło się do łatwiejszego rozpoznania.

2) Landau przedstawia chorą A. S., lat 33, służącą, niezamężną. Ojciec chorej alkoholik i nerwowy. Chora miewała przez krótki czas w 22. i 24. roku życia »zewnętrzne bóle głowy z uczuciem swędzenia i palenia«. Obecna choroba rozpoczęła się w 29. r. od postrzyknięć w okolicy krzyżów. Po dwóch miesiącach zaczęły twardnąć i słabnąć obie nogi równocześnie. Władza w nogach stawała się coraz gorszą, a następnie osłabienie to pojawiało się i w rękach. Równocześnie z osłabieniem wystąpiło drżenie w rękach i nogach. Drżenie to, które ustępuje zupełnie, gdy chora zaśnie, pojawia się natychmiast po obudzeniu się i utrzymuje się niezależnie zupełnie od tego, czy chora siedzi, czy leży, czy stoi. Drżenie jest prawie zawsze jednakie. Gdy się chora położy, to trzęsie bardzo silnie nogami. Drżenie to jest tak przykre i męczące, że chora niema ani chwili spokojnej i z tego powodu czuje się bardzo osłabioną. Z krzesła wstaje z trudnością, bo ją zaraz coś ciągnie ku tyłowi tak, że upadłaby, gdyby się czego nie uchwyciła. Czasem znowu ciągnie ją ku przodowi. Poci się bardzo silnie na całem ciele latem i zimą, nawet wtedy, gdy zupełnie spokojnie siedzi. Czasem zawroty głowy. Wzrok dobry, zmiany w mowie chora nie zauważyła, mocz i stolec zawsze prawidłowe. Na wiosnę zeszłego roku czuła się chora lepiej i trzęsienie było bardzo nieznaczne przez dwa tygodnie.

Badanie wykazuje budowę dobrą, dość dobre odżywienie. Stojąc chora, jest nieznacznie pochylona ku przodowi z rękami opuszczonemi. Chód chwiejny, powolny, dość sztywny, ale bez powłóczenia nóg. Wyraźna retro- i propulsya. W twarzy chorej, a zwłaszcza w zakresie środkowej i dolnej gałązki nerwów twarzowych, brak żywszej mimiki. Mimoto jednak nie brak w twarzy wyrazu i ożywienia, które przebija się w ruchliwych i pełnych połysku oczach. W zakresie innych nerwów czaszkowych zmian niema. Dno oczu prawidłowe (badanie kliniki okul.), może tylko bardzo lekkie zblednięcie połów skroniowych tarczy. Czasami przy patrzeniu wprost kilka drgań poziomych gałek ocznych. Ruchy czynne w zakresie kończyn górnych i dolnych zachowane, lecz powolne z pewnym wysiłkiem i niedostateczne. Przy ruchach biernych tak powolnych, jak i szybkich, stałe jednostajne napięcie mięśni, przedewszystkiem w zakresie kończyn dolnych. Odruchy na kończynach górnych, mierne, równe, na dolnych żwawe, równe. Pnie nerwowe niebolesne. Drgań padaczkowatych, objawów Babińskiego Strümpla, Oppenheima niema po obu stronach. Odruchy brzuszne górne obecne; dolnych i środkowych nie udaje się wywołać. Drżenie dotyczy w całości kończyn górnych, kończyn dolnych i tułowia. Jest ono rytmiczne, powolne, o małej amplitudzie i utrzymuje się przy zupełnym spokoju chorej, a nawet gdy chora leży. Przy badaniu nie można było zauważyć, ażeby się drżenie zwiększało w czasie wykonywania ruchów czynnych, ale też i nie ustaje, a nawet się nie zmniejsza.

Rozpoznanie wahać się może między drżączką poraźną (paralysis agitans), a stwardnieniem rozsianem. Za stwardnieniem mogłyby przemawiać wiek, chwilami pojawiające się drganie gałek ocznych, ewentualne zblednięcie tarcz skroniowych, o ile ono rzeczywiście jest Przeciw: brak zaburzeń mowy, zaburzeń w oddawaniu moczu i stolca, wyraźnego drżenia oczu i drżenia przy ruchach, zaniku skroniowego, przymusowego śmiechu. Za **drżączką poraźną** przemawiają: charakter drżenia, pro- i retropulsya, stałe napięcie mięśni bez charakteru kurczowego, bez objawów Babińskiego, Oppenheima i Strümpla, twarz maskowata.

W dyskusyi Piltz i Rydel zgadzają się z rozpoznaniem, a Rydel podnosi jeszcze, że za stwardnieniem rozsianem mogłoby jedynie przemawiać zwolnienie choroby, zresztą obraz chorobowy odpowiada w zupełności drżączce poraźnej.

(Dok. nast.).

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z d. 30 września 1911.

Obecnych 18 członków.

I. Kol. Biegański mówił o rozwoju i działalności Towarzystwa lekarskiego częstochowskiego z powodu upływającego we wrześniu dziesięciolecia. Towarzystwo zostało zatwierdzone w 1901 r. i liczyło wówczas 26 członków. Najwyższa liczba członków 75 przypada na r. 1905. Po założeniu oddzielnego Towarzystwa w Sosnowcu, liczba członków znacznie się zmniejszyła i obecnie wynosi 41. W ciągu 10 lat odbyło się 110 posiedzeń, na których wygłoszono 182 referaty. Prócz tego było 112 pokazów chorych i preparatów. Z liczby 182 referatów ogłoszono drukiem 64. Protokoły posiedzeń drukowano pierwotnie w łódzkiem »Czasopiśmie lekarskiem«, od dwóch lat w »Przeglądzie lekarskim«.

W pierwszych latach swego istnienia Towarzystwo rozwijało żywą działalność społeczno-lekarską. Wydano dwie broszury popularne »O trunkach« kol. Brzezińskiego i krótkie wskazówki »O cholerze«, urządzano odczyty popularne bezpłatne »O ospie«, »O cholerze«, w lokalu Towarzystwa dokonywano bezpłatnego szczepienia ospy ochronnej i t. d. W ostatnich latach z powodu założenia w Częstochowie oddziału warszawskiego Towarzystwa higienicznego, działalność Towarzystwa lekarskiego w tym kierunku została ograniczona. Biblioteka liczy obecnie około 1000 tomów dzieł i roczników czasopism. Organizacya czytelni jest wadliwa i wymaga na przyszłość gruntownej zmiany. W końcu kol. Biegański mówi o zmarłych członkach Towarzystwa w liczbie 9 i poświęca dłuższą wzmiankę ś. p. kol. Pisarzewskiemu, byłemu wiceprezesowi i bardzo czynnemu członkowi.

Dyskusya dotyczyła reorganizacyi biblioteki i czytelni. Zabierali głos koledzy: Edward Kohn, Russ, Wacław Kohn, Rudzki, Wrześniowski, Nowak, Bellan i Biegański. Uchwalono uporządkowanie księgozbioru. W czynności tej kol. W. Kohnowi przyrzekli pomoc kol. E. Kohn, Łokczewski i Szaniawski. Księgozbiór ma być uzupełniony przez nabycie dzieł nowych, w miarę żądań poszczególnych członków Towarzystwa. Spis dzieł żądanych winien być przedstawiony prezesowi, który ostateczne ich zatwierdzenie przekaże ogólnemu zebraniu.

II. Kol. Edward Kohn opisał przypadek **drgawek wskutek obecności gąsienic much** w przewodzie pokarmowym. Panna, lat 20, skarży się od pewnego czasu na bicie serca, bóle i zawroty głowy. Najniespodziewaniej występują drgawki, które powtarzają się trzykrotnie w ciągu tygodnia i za każdym razem trwają około trzech minut. W narządach wewnętrznych niema zmian żadnych, mocz prawidłowy. Po podaniu środka czyszczącego stwierdzono w stolcu bardzo liczne gąsienice much. Nawiązując do opisanego przypadku, kol. E. Kohn wylicza najczęstsze rodzaje pasorzytów kiszkowych i omawia wpływ ich na ustrój człowieka.

W dyskusyi kreśli kol. Wacław Kohn obecny stan nauki o t. zw. muszycy (myiasis, μυῖα po grecku mucha). Gąsienice, spotykane u ludzi, należą do dwóch gatunków

much: do muchowatych (muscidae) i do gzowatych (oestridae). Gzowate napastują ludzi przeważnie w krajach podzwrotnikowych. Jedne i drugie składają jaja na ludzi, pogrążonych w głębokim śnie i mających gdziekolwiek wydzielinę ropną (ozaena, otitis, furunculosis). Pod względem klinicznym odróżniamy muszycę zewnętrzną i wewnętrzną. Muszyca zewnętrzna pod wpływem gzowatych różni się nieco od tejże choroby, wywołanej przez muchowate. Z jaj much gzowatych w krótkim czasie wyrastają gąsienice, które dzięki specyalnym haczykom torują sobie drogę w tkankę podskórną, otaczają się błoną, tworząc charakterystyczny woreczek z otworem na zewnątrz. Po 9 miesiącach opuszczają miejsce swego pobytu i w ziemi przemieniają się w poczwarki. Gąsienice z gatunku muchowatych przemieniają się w poczwarki w przeciągu 7—10 dni, z powodu czego przebieg choroby jest znacznie krótszy. Gąsienice te wżerają się głęboko w tkanki, wywołują znaczne zniszczenia, nieraz kończące się śmiercią. Muszycę wewnętrzną czyli kiszkową wywołuje najczęściej gąsienica z gatunku muchowatych (musca vomitoria, domestica). Chorobę tę charakteryzują nudności, wymioty i inne zaburzenia ze strony żołądka i jelit. Zależnie od ilości gąsienic i ich rodzaju objawy mogą być ogólne: gorączka, bredzenie i t. d. Być może, że przy systematycznem badaniu kału przypadki analogiczne byłyby spostrzegane daleko częściej. — Kol. Batawia spostrzegał jeden przypadek muszycy zewnętrznej u 14-letniego chłopca przy ropnem zapaleniu ucha. Gąsienice były zupełnie podobne do przedstawionych przez kol. E. Kohna. — Kol. Wrześniowski mówi o muszycy u zwierząt. — Kol. Rozenfeld dowodzi, że drgawki w przypadku opisanym mogły być następstwem zatrucia jadem gąsienic. Najnowsze badania stwierdziły, że pasorzyty kiszkowe wydzielają pewne ciała trujące. Według Weinberga surowica chorych, mających glisty dżdżownicowate, tęgoryjca lub tasiemca, zawiera swoiste niweczniki (anticorps.), które można wykryć przy pomocy odpowiedniej metody seradyagnostycznej (Bordet-Gengou). W końcu kol. Rozenfeld mówi o nowszych badaniach lekarzy francuskich, którzy zwracają uwagę na ścisłą łącznośc zapalenia wyrostka robaczkowego i duru brzusznego z obecnością glist dżdżownicowatych w przewodzie pokarmowym.

Posiedzenie z d. 21 października 1911.

Obecnych 24 członków.

I. Kol. Wrześniowski przedstawił **guz**, wyłuszczony u 5-miesięcznego oseska. Na trzeci dzień po porodzie zauważyła matka pod lewą pachą dziecka guzek wielkości jaja gołębiego. Guz zwiększał się szybko i wreszcie zajął całą połowę klatki piersiowej. Naświetlanie było nieskuteczne. W uśpieniu chloroformowem guz wyłuszczono bez żadnych trudności. Dziecko wyzdrowiało. Wejrzenie zewnętrzne guza, wielkością przewyższającego znacznie główkę dziecka, przypomina tkankę gruczołowatą. — Kol. Wrześniowski prosi kol. W. Kohna o drobnowidowe zbadanie guza.

II. Kol. A. Landau z Warszawy odczytał rzecz p. t. **O nowych prądach w dziedzinie patogenezy i leczenia moczówki cukrowej.** (Szczegółowe streszczenie tego odczytu umieszczone jest w »Pamiętniku I. Zjazdu lekarzy prowincyonalnych Królestwa polskiego« (str. 43)).

W dyskusyi zauważa kol. Russ, że w niektórych postaciach cukrzycy, jarzyny zielone i owoce znoszone bywają lepiej, niż inne rodzaje węglowodanów. Dalej przytacza kol. Russ zdanie Minkowskiego, który nie wierzy w dodatni wpływ dyety owsianej przy kwasicy. — Kol. Rozenfeld przytacza spostrzeżenia kliniczne i anatomopatologiczne, które niewątpliwie dowodzą pewnej łączności między chorobami trzustki i moczówką cukrową. Atoli szersze uogólnienia w tej mierze są jeszcze przedwczesne. W wielu chorobach trzustki np. w ostrem zapaleniu, raku, niema cukromoczu, i odwrotnie w wielu przypadkach moczówki cukrowej nie znajdujemy w trzustce ani śladu zmian anatomicznych. Dalej mówi kol. R. o doświadczeniach Renzi i Reale, którzy spostrzegali cukromocz po wycięciu ślinianek. Wreszcie wspomina o ważnem znaczeniu amoniaku, jako wskaźniku nadmiernego wytwarzania się kwasów w cukrzycy (acidosis) i mówi o pominiętem przez kol. Landaua leczeniu wyciągiem wątroby (Gilbert).

Kol. Biegański sądzi, że ustalone dotychczas fakty doświadczalne nie wyjaśniają należycie istoty moczówki cukrowej. Świeżo ogłoszone badania Bittorfa dowodzą, że we krwi chorych na cukrzycę niema powiększenia ilości adrenaliny. Wynika stąd, że adrenalina w powstawaniu cukrzycy nie gra tak wielkiej roli, jaką jej przypisuje teorya. Dalej mówi kol. Biegański o niejednakowym wpływie tłuszczów pokarmowych na acetonuryę, wreszcie prosi kol. Landaua o bliższe wskazówki co do podawania chorym napojów wyskokowych.

Kol. Landau odpowiada kol. Russowi, że dyeta jarzynowa stosowana bywa często dla odcukrzenia chorych. Wbrew zdaniu Minkowskiego, osobiście przekonał się o skuteczności dyety owsianej, która, stosowana odpowiednio, usuwa acetonuryę w kwasicy i poprawia tolerancyę węglowodanową. W odpowiedzi kol. Rozenfeldowi mówi kol. Landau, że nawet ciężkie przypadki schorzenia trzustki bez cukromoczu nie dowodzą niczego, albowiem zawsze pozostać mogą nienaruszone cząstki narządu, które biorą na siebie rolę zastępczą. Zresztą w większości przypadków cukromoczu, w trzustkach pozornie zdrowych znajdowano zmiany drobnowidowe. Kol. Landau zgadza się, że zwiększona wydajność amoniaku jest ważnym objawem kwasicy i ma wielkie znaczenie rozpoznawcze. Co się tyczy organoterapii wątrobnej, osobiście jej nie stosował. W odpowiedzi kol. Biegańskiemu kol. L. zaznacza, że we krwi są tak małe ilości adrenaliny, iż przy pomocy dotychczasowych metod niepodobna ściśle określić nieznacznego jej powiększenia. Zwiększoną ilość adrenaliny znajdowano przy chorobie Basedowa. Wreszcie co do napojów wyskokowych, mają one poniekąd wartość odżywczą, 90% ulega spalaniu, 1·0 daje 7 jednostek cieplnych, spalanie to jest dla ustroju korzystne, ulegają bowiem zaoszczędzeniu tłuszcze i węglowodany.

III. Na członka rzeczywistego Towarzystwa przyjęty został jednomyślnie kol. Szaniawski.

Karol Rozenfeld.

---

83. Zjazd niemieckich lekarzy i przyrodników w Karlsruhe

24—29. września 1911.

Sekcya chirurgiczna.

Podał **Dr Adolf Klęsk.**

1. Czerny (Heidelberg). **Leczenie raka.** Czerny omawia (omawiane już nieraz w streszczeniu w »Przeglądzie«) wyniki leczenia raków nie nadających się do operacyi w domu samarytańskim w Heidelbergu. Przy mięsakach próbuje C. obecnie z korzyścią leczenia salwarsanem.

Müller przedstawia preparaty rzadkich wyleczeń nowotworów, sprawiających już wrażenie nieoperacyjnych, nieraz po operacyach niedoszczętnych.

2. Steinthal (Stuttgart). **Trwałe wyniki leczenia raka sutka.** S. dzieli raki sutka na 3 grupy: 1) Guzy ruchome wielkości orzecha włoskiego z małymi gruczołami lub bez nich. 70—80% wyleczeń trwałych. 2) Guzy wielkości jabłka, zrośnięte ze skórą, powięzią piersiową i gruczołami 25—30% trwałych wyleczeń. 3) Guzy zajmujące sutek, zrośnięte z mięśniami, przerzuty w gruczołach już i nad obojczykiem. Te nie dają trwałych wyleczeń w za-

sadzie. Należy zabierać zawsze mięśnie piersiowe, a potem leczyć rentgenizacyą lub piorunowaniem.

W dyskusyi podaje Czerny, że w przypadkach wczesnych nie usuwa mięśni, bo od nawrotów i tak to nie uchroni; inni operują zawsze doszczętnie.

3. Wilms (Heidelberg). **Leczenie gruźlicy chirurgicznej.** Coraz więcej objawia się obecnie dążność do zachowawczego leczenia gruźlicy chirurgicznej. W. omawia prócz tego leczenie tuberkulinami i promieniami Röntgena.

W dyskusyi zaleca Lenemann t. zw. śródogniskowe wstrzykiwania tuberkuliny, t. j. tuberkulinę razem z parafiną płynną wstrzykuje się w chore miejsce, przyczem osiąga się dobre wyniki zwłaszcza przy gruźlicy ręki i stopy.

4. Baisch (Heidelberg). **Leczenie gruźlicy chirurgicznej, zwłaszcza gruczołów promieniami Röntgena.** Rentgenoterapia oddaje cenne usługi. a zwłaszcza przy gruczołach szyjnych, gdzie niemal zawsze zastąpić może rozległe operacye. Z gruźlicy kostnej nadają się do leczenia rentgenizacyą małe stawy i kości (ręka, stopa, palce). Dalej nadaje się do tego leczenia gruźlica otrzewnej; zaleca się kombinacya tego leczenia z tuberkuliną.

5. Blos (Karlsruhe). **Leczenie gruźliczych przetok estrem kwasu cynamonowego.**

6. Kolb (Heidelberg). **Nowy sposób zwężania klatki piersiowej przy gruźlicy płuc i otokach ropnych podług Wilmsa.** Z tyłu w okolicy kąta żeber wycina się 3—4 cm, a z przodu usuwa się chrząstkę przy mostku, przez co klatka piersiowa się zapada, zwłaszcza w częściach górnych. Zabieg daje się wykonać w znieczuleniu miejscowem; w odpowiednich przypadkach gruźlicy (sprawa w płacie górnym nie świeża, jednostronna) i otokach ropnych zapewnia zupełne wyleczenia.

7. Röpke (Jena). **Zastosowanie wolno przeszczepionych płatów tłuszczu w chirurgii kości i stawów.**

8. Ledderhose mówi: **O nizkiem ustawieniu żeber** wskutek skrócenia trzonów kręgów lędźwiowych, sprawa cechująca zniekształtniające zapalenie kręgów (spondyllitis deformans).

9. Vorschütz (Bern) zwraca uwagę na: **Znaczenie sfer przeczulicy na głowie przy zranieniach czaszki i mózgu dla nauki o ubezpieczeniach.**

10. Wilms (Heidelberg). **Sztuczne utworzenie przewodu żółciowego.** W. w czterech przypadkach zastąpił wspólny przewód żółciowy drenem gumowym, wpuszczając go sposobem Witzla do dwunastnicy i otrzymał zupełne wgojenie się sączka i jego dobre funkcyonowanie.

11. Schmidt. **Zakażenie pneumokokami otrzewnej i stawów kończyn u dzieci.** Z okazyi epidemii grypy spostrzegał S. powyższe cierpienia. Co do stawów, to klinicznie cechuje zajęcie stawu: wystąpienie nagłe obrzęku stawu wśród silnych bólów, a braku zaczerwienienia skóry. Zwykle trzeba staw naciąć i sączkować 8 dni.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 20. b. m. posiedzenie, na którem Dr Radwańska przedstawiła przypadek wrodzonego wypadnięcia macicy u dziecka 10-tygodniowego z tarnią dwudzielną, poczem dokonano wyborów Zarządu Towarzystwa na r. 1912. Wybrani zostali: prezesem Dr Tomasz Janiszewski, wiceprezesem Dr Maksymilian Cercha, sekretarką doroczną Dr Ada Markowa, sekretarzem stałym (na 3 lata) ponownie Dr Damski, bibliotekarzem (na 3 lata) ponownie Dr Blassberg, przewodoiczącym komisyi przemysłowo-lekarskiej Prof. Mięsowicz, a bojkotowej Dr Zanietowski, do komisyi rewizyjnej Dr Bielański i T. Piotrowski, do komisyi redakcyjnej »Przegląd lek.« Prof. Browicz, Dr Blassberg, Prof. Krzyształowicz, Prof. Majewski i Prof. Rutkowski, delegatami do Rady zawiadowczej Tow. lek. gal. Prof. Browicz i Prof. Jurasz, delegatami na Walne Zgromadzenie Dr Akerman, Ciechanowski, Cybulski, Damski, Dobrowolski, Kostanecki, Landau Jan sen., Schöngut, Surzycki i Wicherkiewicz, zastępcami delegatów Bochenek, Kwaśnicki, Reiss, Wachtel Z. sen., członkiem komisyi rewizyjnej Tow. lek. gal. Dr Schoengut.

— Profesorowie nadzw. czeskiego Wydziału lekarskiego w Pradze Dr Honl i Kimla otrzymali tytuł i charakter profesorów zwyczajnych. Prof. Maixner obchodził 40-letni jubileusz doktoratu.

— Towarzystwo stomatologów polskich w Krakowie uchwaliło obszernie motywowany protest przeciwko niektórym postanowieniom projektowanych przepisów o technikach dentystycznych. Szczególnie oświadcza się Towarzystwo przeciw temu, aby technikom wolno było plombować zęby (§ 3. punkt 5.), ponieważ zabieg ten musi być wykonywany na zasadzie wiadomości ściśle lekarskich (postępowanie przeciwgnilne, wiadomości farmakologiczne i toksykologiczne i t. p.).

— Dyplom doktorski uzyskała p. Regina Weinberg, rodem z Kopyczyniec w Galicyi.

— »Koło medyków Wszechnicy lwowskiej« liczyło w r. 1910/11 (piątym istnienia) 29 członków wspierających i 218 zwyczajnych, miało 7763·56 kor. dochodu, a 7088·15 kor. wydatków i posiadało majątku w gotówce 3002·49 kor. (fundusz żelazny, gruźliczy i fundusz »Domu medyków«). W dziale pośrednictwa w zakupywaniu dla członków podręczników i dzieł lekarskich wynosił obrót 3708 84 kor. Biblioteka obejmuje 898 dzieł w 1088 tomach, a wydano na nią w ciągu 5 lat 3302 kor.; wypożyczono 790 dzieł. Towarzystwo przygotowuje przeprowadzenie badań zdrowotności wody w powiecie lwowskim i zwolna zbiera fundusze na budowę »Domu medyków«.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 10. XII. do 16. XII. 1911 zgłoszono przypadków: błonicy 10 † 1 (w tem obcych 4 ospy wietrznej 5, płonicy 15 † 2 (5 † 1), odry 15 † 1, duru brzusznego 1 † 1 (1 † —), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1), róży 3 † 2 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Z różnych stron. W Berlinie funkcyonuje obecnie 50 lekarzy szkolnych na 223,759 dzieci. Każdy lekarz bada rocznie średnio 684 dzieci wstępujących do szkoły. Zwykle nie przyjmuje się do szkół rocznie przeszło 3000 dzieci, a pod obserwacyą pozostaje niemal $^{1}/_{5}$. Najczęstszemi schorzeniami są niedokrwistość, choroby gardła, nosa, oczne, uszne, skrzywienia kręgosłupa, krzywica, zołzy, gruźlica i choroby serca. Istnieje też w Berlinie szkolna klinika dentystyczna, lecząca rocznie 11,356 dzieci. Istnieją także klasy pomocnicze dla słabszych dzieci, a uczęszcza do nich 2281 dzieci. (Sprawozd. Dr Meyera). Klęsk.

— Dr Stefan Pietrowicz w Chicago wybrany został superintendentem zakładów sanitarnych i humanitarnych w powiecie Cook stanu Illinois w Ameryce półn.

— U telefonistek występują podług Thebaulta następujące przypadłości: bóle głowy, bezsenność, szum w uszach, hypochondrya, nadczułość. Przypady te pogarszają się w czasie burzy. Należy też wybierać do służby osoby zupełnie zdrowe i nie obciążone dziedzicznie i zapewnić im odpowiednie odpoczynki wśród pracy. K.

— Z wojny rosyjsko-japońskiej podaje ciekawe spostrzeżenia starszy lekarz sztabowy francuski Folleufant (pracujący

po stronie Rosyi). Obecnie 50% zranionych może iść piechotą do opatrunku. Polne lazarety powinny być blizko umieszczone i zacząć się urządzać na początku bitwy. Przyjmują one 8% rannych. Śmiertelność w lazaretach wynosiła u Rosyan 3·2%, u Japończyków 6·8%. x.

— W celu zwalczania raka zaleca Winter umieszczanie w czasopismach politycznych odpowiednich artykułów, pouczanie publiczności w wykładach, a zwłaszcza dozorczyń chorych i położnych, które mają częstą styczność z chorymi. (Monatsch. f. Geb. 33). x.

— Ankieta, urządzona przez Herza w sprawie etyologii stwardnienia tętnic wykazała, że lekarze w Austryi za najczęstszą przyczynę powstania tej choroby uważali wpływy nerwowe, wiek, potem alkohol, kiłę, ciężką pracę, a w końcu dopiero tytoń, dziedziczność, choroby zakaźne i wpływy chemiczne i termiczne. x.

— Austryackie ministeryum wojny ma celem polepszenia awansu lekarzy wojskowych powiększyć liczbę lekarzy starszych sztabowych o 28, a w stosunku do tego zmniejszyć liczbę lekarzy pułkowych. x.

— Wśród prostytutek Berlina, jak podaje Pinkus, 13·45% urodziło się nieślubnie, 45% rodziło, a z tego 56% dzieci umarło. Prostytutki rekrutują się głównie z robotnic fabrycznych i służących z domów prywatnych. x.

Mianowani: Dr Wacław Jasiński lekarzem naczelnym szpitala dziecięcego fund. Vetterów w Lublinie, a Dr Jaworowski kuratorem tegoż szpitala;

okuliści Salzmann (z Wiednia) profesorem w Grazu, a Uhthoff (z Wrocławia) profesorem w Berlinie.

Zmarli: Dr Józef Aleksandrowicz, b. lekarz wojskowy, w 88 r. ż. w Warszawie; Dr Zygmunt Oksza-Pląskowski w 27 r. ż. w Warszawie;

ginekolog Doc. Hörmann w Monachium.

Redakcya otrzymała: Cybulski: Prądy elektryczne w mięśniach nieuszkodzonych i uszkodzonych oraz ich źródło. Kraków (Akad. Um.) 1911. — Alfred Sokołowski: Dziesięć dni na Sycylii. Warszawa 1912. — Nowaczyński: Die Kobragiftreaktion von Calmette und ihre diagnostische Bedeutung in bezug auf Tuberkulose. »Zeitschrift f. Tuberkulose«. 1911. — Kaczorowski: 1) Elementarz higieniczny dla młodzieży szkolnej. Lwów 1910. Nakładem Rady szkolnej okręgowej miejskiej. 2) Stan higieny i stan zdrowotny dzieci szkół miejskich we Lwowie. Lwów 1911. Wyd. Tow. higien. — Prof. Jaworski W. 1) Das Beklopfen der Leber und des Magens und der Vibrationsdruck. 2) Hypodynamia cordis diarrhoica. »Wiener klin. Woch.« 1911. 3) O stosowaniu wód normalnych w lecznictwie. Kraków 1912. 4) Sv. Jáchymov. Kraków 1911. — Prof. W. Jaworski i Doc. Męsowicz. Über den verderblichen Einfluss der gegenwärtigen Richtung in den chemischen Fabriken und Apotheken auf die praktische Medizin. »Münch. m. Woch.« — Prof. W. Jaworski i St. Łapiński. Klinische Untersuchungen von 800 Fällen in Bezug auf die Palpation des Wurmfortsatzes, des Blinddarmes und der zugehörigen Druckpunkte. »Wien. kl. Woch.« — Kostrzewski. 1) O odczynie Cammidgea. 2) Ueber die violette Farbe bei haemolytischen Versuchen. »Centrlbl. f. Bakt.« 1911. — Nowaczyński: Najnowsze biologiczne metody rozpoznawcze gruźlicy. — J. Szymański: Additional help toward removal of the Tonsils. Amer. med. Assoc. 1911. — Kleczkowski: Obecność adrenaliny w surowicy krwi chorych na jaskrę. Przyczynek do etyologii jaskry. »Postęp okul.« 1911. — Prace szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych »Kochanówka« (pod Łodzią). Rok 1910. Warszawa 1911. — Fiedberger i Szymanowski: Über Anaphylaxie. 1) XII—XIV. Mith. 2) XXIII. Mitth. »Zeitschr. f. Immunitätsforschung« 1911.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Prothaemin.

O środkach zastępujących mięso. Tajny Radca Prof. Dr E. Salkowski, Berlin. Kgl. Charite. (Biochemische Zeitschrift Nr 1. 2. T. 19).

Nieraz udaje się jednemu badaczowi przypadkowo dobre odkrycie, podczas gdy drugi idąc za pewną myślą przewodnią dochodzi do podobnego celu. I tak doprowadziły socyalno-hygieniczne usiłowania Salkowskiego do sporządzenia odpowiedniego materyału białkowatego dla poprawy pożywienia mniej zasobnych klas ludowych, a w szczególności do zużytkowania w tym celu nadzwyczaj wielkich ilości białka marnowanego z krwią bitych zwierząt i do wytworzenia nowego suchego przetworu krwi, oznaczającego znaczny postęp w dziedzinie lecznictwa. Postęp ten polega najpierw na tem, że **wszystkie ciała białkowate są w tym przetworze połączone** wraz z **organicznie związanem żelazem i fosforem**, a dalej w nadzwyczaj wysoko posuniętej możności wykorzystania środka, jak to z podanych przez Salkowskiego dokładnych badań przemiany materyi przekonująco wynika. Tak np. w doświadczeniu rozciągniętem na 29 dni wyzyskany został azot do 95·0%, tłuszcz do 98.48%, węglowodany do 98·08%. **Całe zapotrzebowanie azotu zostało podczas tego czasu z przetworu pokryte.**

Środek wprowadzony zostaje do obrotu pod nazwą »Prothaemin«. Jest to delikatny jak pyłek proszek barwy czekoladowej, bezwonny i bez smaku, a chroniony przed wilgocią jest nieograniczenie trwały.

Niezwykła możność strawienia, **nadzwyczajnie wysoka możność wessania i asymilacyi prothaeminy** przy zawartości naturalnego żelaza krwi i organicznie połączonego fosforu (lecytyna) stanowi o wyższości prothaeminy pomiędzy podobnymi sposobami leczenia, przypisywanymi żelazo-fosforowi i innym przetworom odżywczym wogóle przy: podupadającem odżywiewieniu, neurastenii, ozdrowieniu i t. d. Dawka: 3—5 × dz. 1—2. łyżeczek kawowych z czubkiem; w postaci czekolady dziennie 1—1½ tabliczki wagi 50 gr. (40% prothaeminy), dzieciom 1—1½ tabliczki.

Sporządzanie prothaeminy objęła fabryka chemiczna Goedecke & Co. Berlin, przyczem środek ten pozostaje pod stałą doświadczalną kontrolą ze strony Prof. Salkowskiego. Hr. W.

L. Herber w Bernie wielki dom handlowy i bankowy w Bernie, Gr. Platz 3, istniejący od 73 lat, załącza do dzisiejszego Nru **Kalendarzyk na r. 1912**, zawierający liczne działy. W razie zagubienia kalendarzyka przesyła go na życzenie firma wprost.

Arsenferratose. Dr Pierre Barbier, Paris. (Le Courier Médical 1911. Nr 44). W 50 przypadkach blednicy, niedokrwności, uporczywych chorób skórnych, braku regularności i schorzeń nerwowych otrzymał autor dobre wyniki, podając powyższy przetwór. Świadczyły o tem przybytek wagi, poprawa ilości hemoglobiny i stanu ogólnego, obok cofnięcia się objawów miejscowych. Łatwa wessalność, dobry smak przetworu i brak objawów ubocznych stawiają go na czele podobnych środków. Boer. W.

Nellosan, dobry, smaczny, stały, dobrze znoszony przetwór odżywczy, polecany w stanach wyniszczenia, u ozdrowieńców po operacyach, po chorobach gorączkowych, przy cierpieniach płuc i przewodu pokarmowego, wreszcie jako środek pomocniczy przy leczeniu tuczącem. Dr W.